

Vorarlberger Suchtbericht 2018

Impressum

Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)
Funktionsbereich Sozialpsychiatrie und Sucht
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz
Thomas Neubacher
thomas.neubacher@vorarlberg.at

Autorinnen und Autoren:

Reinhard Haller, Irene Schmutterer, Judith Anzenberger, Martin Busch, Alexandra Puhm, Julian Strizek, Aida Tanios, Alfred Uhl, Herbert Oberacher, Anna-Lena Grabher, Andreas Prenn, Nikolaus Blatter, Harald R. Bliem, Manuel Ludescher

Druck: Hausdruckerei, Amt der Vorarlberger Landesregierung
Icons: Freepik (www.flaticon.com)

Bregenz, 2018

Kurzfassung

Der Vorarlberger Suchtbericht 2018 gibt einen Überblick über die derzeitige Sucht- und Drogensituation in Vorarlberg sowie Maßnahmen der Prävention, Therapie und Behandlung.

Beim Alkoholkonsum liegt Vorarlberg im österreichischen Durchschnitt und damit auch knapp unter dem europäischen Schnitt. Rund sieben Prozent der erwachsenen Vorarlberger Bevölkerung trinken täglich Alkohol, wobei Behandlungsdaten nahelegen, dass ca. vier Prozent der Bevölkerung an Alkoholismus erkrankt sind. Männer erkranken dabei häufiger als Frauen.

Tabak kann in ganz Österreich, so auch in Vorarlberg als Volksdroge angesehen werden. 27 Prozent der Vorarlbergerinnen und Vorarlberger rauchen täglich, jede und jeder zweite 14 bis 17-Jährige hat schon einmal eine Zigarette geraucht. Auch der Umstand, dass in Vorarlberg ca. 11 Prozent der Personen täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt sind, hat negative gesundheitliche Auswirkungen. Durch diese politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nimmt Österreich die Schlussposition im europäischen Vergleich beim Thema Nichtraucher-schutz ein.

In Vorarlberg leben schätzungsweise 900 bis 1.500 Personen mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden. Mit diesen Werten liegt Vorarlberg im Österreichvergleich schlechter als die meisten Bundesländer, allerdings seit Jahren auf relativ stabilem Niveau. Auch die Rate der drogenbezogenen Todesfälle ist in Vorarlberg etwas höher als in den meisten anderen Bundesländern Österreichs.

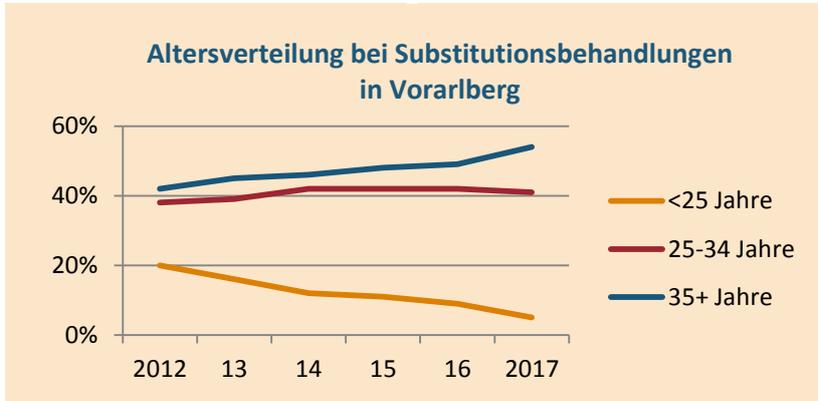
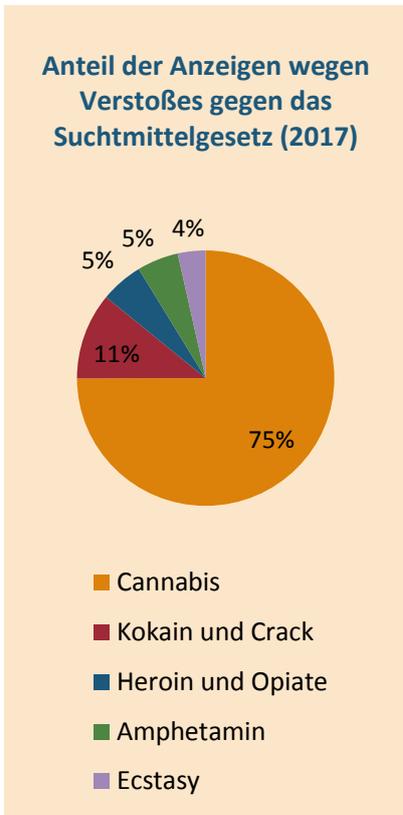
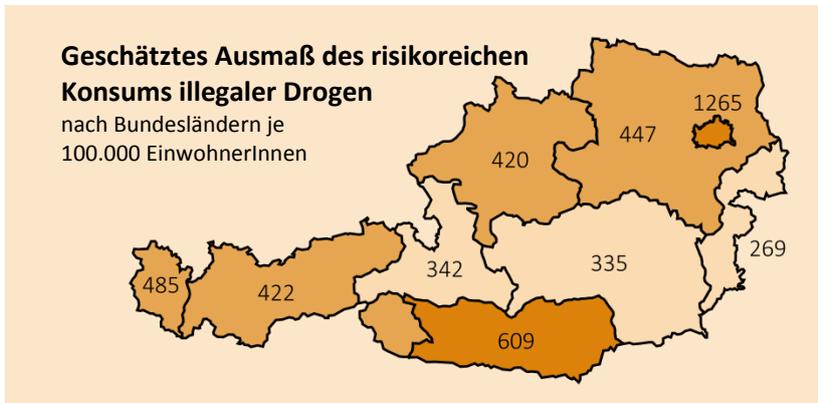
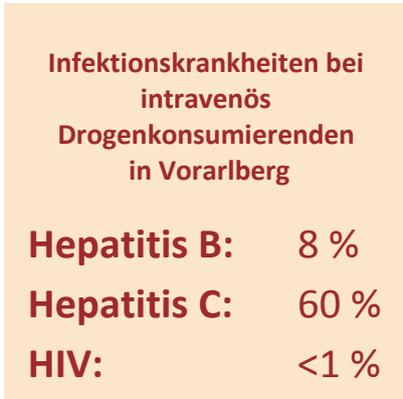
In Vorarlbergs Abwasser lassen sich Spuren von Cannabis, Kokain, Amphetamin, MDMA und Methamphetamin nachweisen. Durch Analysen des Abwassers kann der Schwarzmarktwert der konsumierten illegalen Drogen allein in der Rheintal- und Bodenseeregion Hofsteig auf 10 bis 30 Millionen Euro im Jahr geschätzt werden.

In Bezug auf substanzungebundene Stoffe nehmen laut Befragungen rund 39 Prozent der erwachsenen Personen in Vorarlberg zumindest einmal im Monat an Glücksspiel oder Sportwetten teil.

Schon sehr früh hat das Land Vorarlberg auf Maßnahmen der Prävention und die Behandlung von Suchtkrankheiten gesetzt. So konnte in der Zwischenzeit ein breites Hilfsnetzwerk geschaffen werden, das österreichweit eine Vorreiterrolle einnimmt. Wie neueste Forschungen nahelegen, gilt es trotzdem gerade auch für Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen bestehende Angebote zu verbessern und neue Hilfsangebote zu entwickeln.

Zusammenfassungen und Überblicke zu verschiedenen Themen		Alkohol	S. 9
		Tabak	S. 14
		Illegale Drogen	S. 31
		Psychopharmaka	S. 37
		Glücksspiel und Sportwetten	S. 40
		Abwassermonitoring	S. 47
		Suchtprävention in Vorarlberg	S. 69

Auf einen Blick



Vorwort



Der 2018 bereits zum vierten Mal veröffentlichte Bericht zur Sucht- und Drogensituation in Vorarlberg soll in einem sich schnell entwickelnden Problemfeld eine Bestandsaufnahme darstellen und Sie über den aktuellen Stand sowie Maßnahmen der Prävention, Therapie und Behandlung informieren. Gegenüber dem letzten Bericht aus dem Jahr 2012 konnten wir dieses Jahr einige neue, hilfreiche Ergänzungen und Innovationen einbringen. Die Zusammenarbeit mit unseren Partnern aus verschiedensten Richtungen - von Suchtberatungsstellen über Krankenhäuser bis hin zu Abwasserreinigungsanlagen – machte es uns möglich ein breites, gleichwohl genaues Bild der Sucht- und Drogensituation in unserem Bundesland zeichnen. Dies ist nicht nur aus Gründen der Evaluation wichtig, sondern auch zur Sichtbarmachung einer Problematik, die immer wieder in den Hintergrund der öffentlichen Aufmerksamkeit rutscht.

Das Land Vorarlberg, bereits seit vielen Jahren ein Vorreiter im Bereich der Suchtprävention und Suchtbehandlung, konnte gerade auch in den letzten Jahren ein stetig wachsendes und sich weiterentwickelndes Netzwerk an Hilfeleistungen erarbeiten. Das 2002 formulierte „Vorarlberger Drogenkonzept“ bestätigte sich in der Zwischenzeit als Grundlage für eine äußerst erfolgreiche und fruchtbare Arbeit in der Suchtprävention und Suchtbehandlung.

Trotz alledem ist es wichtig im Bereich Sucht- und Drogenhilfe permanent aufmerksam und flexibel zu agieren, um auf Veränderungen der lokalen sowie internationalen Drogensituation rasch und punktgenau reagieren zu können. Problematisches Suchtverhalten findet sich nämlich nicht wie oftmals angenommen nur am Rand der Gesellschaft, sondern in allen Bevölkerungsschichten und Altersgruppen und stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar.

Der vorliegende Suchtbericht hilft derartige Entwicklungen aufzuzeigen und geeignete Maßnahmen zu setzen.

Allen an der Mitwirkung, der Erstellung und der Gestaltung des Vorarlberger Suchtberichts Beteiligten sei hiermit gedankt!

Dr. Christian Bernhard
Landesrat für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG	III
VORWORT	V
INHALTSVERZEICHNIS	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VIII
TABELLENVERZEICHNIS	IX
1 EINLEITUNG	1
2 EPIDEMIOLOGIE MIT ZAHLEN, DATEN UND FAKTEN	2
2.1. ALKOHOL	2
2.1.1. Alkoholkonsum laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen	2
2.1.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität	4
2.1.3. Schätzung der Alkoholikerinnen und Alkoholiker auf Basis von Behandlungsdaten	6
2.1.4. Alkoholassoziierte Mortalität und Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung	7
2.1.5. Verkaufsstatistik	8
2.2. TABAK	10
2.2.1. Tabakkonsum laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen	10
2.2.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität	11
2.2.3. Mortalität	13
2.2.4. Verkaufsstatistik	13
2.3. ILLEGALE DROGEN	15
2.3.1. Konsum von Cannabis laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen	15
2.3.2. Risikoreicher Konsum von Opioiden, Kokain, Stimulanzen und Cannabis	16
2.3.3. Drogenbezogene Infektionskrankheiten	25
2.3.4. Drogenbezogene Todesfälle	26
2.3.5. Statistik zu Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung	28
2.4. PSYCHOPHARMAKA	32
2.4.1. Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln laut Schülerbefragungen	32
2.4.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität	32
2.4.3. Analyse des Konsums ausgewählter Psychopharmaka bei Personen in Substitutionsbehandlung	34
2.4.4. Daten zur Verschreibung ausgewählter Psychopharmaka	35
2.4.5. Anzeigenstatistik	36
2.5. GLÜCKSSPIEL UND SPORTWETTEN	38
2.5.1. Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen	38
2.5.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität	39
2.6. PILOTSTUDIE ZUM ABWASSERBASIERTEM DROGENMONITORING IN VORARLBERG	41

3	THERAPIE, BEHANDLUNG, REHABILITATION	48
3.1.	DIE ENTWICKLUNG DER DROGENSITUATION IN VORARLBERG	48
3.2.	PILOTPROJEKT „KLIENTINNEN UND KLIENTEN MIT KOMPLEXEN BEDÜRFNISSEN“	53
4	PRÄVENTION	61
5	BLICK IN DIE ZUKUNFT	70
	DIE VORARLBERGER SUCHTHILFE IM ÜBERBLICK	73
	LITERATUR	74

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Alkoholkonsumindikatoren für Schülerinnen und Schüler in Vorarlberg	3
Abbildung 2.2: Indikatoren des Nikotinkonsums von Schülerinnen und Schülern in Vorarlberg	10
Abbildung 2.3: Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülerinnen und Schülern	15
Abbildung 2.4: Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Vorarlberg	16
Abbildung 2.5: Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Vorarlberg, geglättete 3-Jahres-Werte, in Prozent	18
Abbildung 2.6: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), 2017	20
Abbildung 2.7: Altersverteilung bei Substitutionsbehandlungen in Österreich und Vorarlberg, Zeitreihe 2012 bis 2017	23
Abbildung 2.8: Opioidabhängige Personen nach Integration in Opioidsubstitutionsbehandlung	24
Abbildung 2.9: Alle im jeweiligen Jahr in den Einrichtungen der Vorarlberger Suchthilfe im Bereich illegaler Drogen durchgeführten Behandlungen nach Leitdrogen im Zeitverlauf (DOKLI), 2008–2017	24
Abbildung 2.10: Prävalenz der drogenbezogenen Infektionskrankheiten HIV, HBV und HCV, Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene, 2012-2017	26
Abbildung 2.11: Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren in Vorarlberg und Österreich (ohne Wien), geglätteter 3-Jahres-Wert, Zeitreihe 2012–2017	27
Abbildung 2.12: Prävalenz des Glücksspiels mit Geldeinsatz unter Schülerinnen und Schülern in Vorarlberg	38
Abbildung 2.13: Teilnahme an Glücksspielen oder Sportwetten mit Geldeinsatz in der Bevölkerung 15+	39
Abbildung 2.14: Wochenverlauf der mittels Analyse von Abwässern ermittelten täglichen Konsummengen von Kokain in der Region Hofsteig	44
Abbildung 2.15: Vergleich der beobachteten mittleren konsumierten Mengen an (a) Kokain, (b) Amphetamin, (c) MDMA und (d) Methamphetamin in verschiedenen Regionen Europas	45
Abbildung 2.16: Vergleich des abgeschätzten Gesamtkonsums an Kokain, Amphetamin, MDMA und Methamphetamin zwischen Zürich, St. Gallen, Stuttgart, München, Mailand, Innsbruck und der Region Hofsteig (Dosen/1000 Einwohner/Tag)	46
Abbildung 3.1: Zuweisende Stellen bei Einrichtungen im Bereich Wohnen	57
Abbildung 4.1: Strukturmodell der Suchtprävention in Vorarlberg	62
Abbildung 4.2: Gesund Aufwachsen im Kindergarten	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Diagnosecluster Alkohol (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016	5
Tabelle 2.2: Diagnosecluster Tabak (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016	12
Tabelle 2.3: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation pro 100.000 15- bis 64-Jährige in Vorarlberg und Österreich von 2012 bis 2017 (geglätteter 3-Jahres-Wert*)	21
Tabelle 2.4: Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren, nach Bundesland, 2008-2016	27
Tabelle 2.5 Direkt drogenbezogene Todesfälle, nach Bundesland (absolut), 2008-2016	28
Tabelle 2.6: Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/ Suchtmittel in Vorarlberg und Österreich, Zeitreihe 2012 bis 2017	29
Tabelle 2.7: Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung in Österreich nach Bundesländern, 2016	30
Tabelle 2.8: Diagnosecluster Medikamente (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016	33
Tabelle 2.9: Diagnosecluster pathologisches Spielen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016	40
Tabelle 2.10: Übersicht über die mittels Analyse von Abwässern bestimmten täglich bzw. jährlich konsumierten Mengen an Drogen in der Region Hofsteig	43
Tabelle 3.1: Kritische Verhaltensmerkmale in Drogenberatungsstellen und Einrichtungen im Bereich Wohnen	59

1 Einleitung

Im Sinne der Qualitätssicherung, der Stärkung des öffentlichen Bewusstseins und des besseren Verständnisses ist es wichtig, regelmäßig über die aktuelle Situation im Bereich Sucht und Drogenkonsum in einer Region zu berichten. Aus diesem Grund befasst sich der Vorarlberger Suchtbericht bereits seit 2000 - zuletzt 2012 - einerseits mit der Verbreitung und den Auswirkungen von Drogen und Süchten in Vorarlberg, andererseits auch mit Maßnahmen der Prävention und Therapie.

Der diesjährige Suchtbericht basiert vornehmlich auf anonymisierten Daten, die in den Institutionen der Vorarlberger Suchthilfelandtschaft gewonnen und durch österreichweite Daten der *Gesundheit Österreich GmbH* (GÖG) ergänzt wurden. Zusätzlich flossen auch polizeiliche und justizielle Daten in die Auswertungen.

Wichtig ist es dabei, die gesamte Drogensituation Vorarlbergs abzubilden und nicht nur die der illegalen Drogen. So haben seit jeher sogenannte legale Drogen, wie Alkohol oder Tabak einen äußerst hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft und bringen oftmals eigene Suchtproblematiken mit sich. Neben diesen substanzgebundenen Süchten wird aber auch über die immer größer werdende Problematik der substanzungebundenen Süchte, wie der Glücksspiel- und Wettsucht berichtet.

Das Kapitel *Epidemiologie mit Zahlen, Daten und Fakten (Kapitel 2)* befasst sich mit dem Auftreten, der Verbreitung, den Ursachen und den Folgen von Süchten und dem Drogenkonsum in Vorarlberg, aufgliedert nach den häufigsten Suchtmitteln und Suchtverhalten. So wird neben den illegalen Drogen auch auf Alkohol, Tabak, Psychopharmaka, Glücksspiel und Sportwetten eingegangen. Aufgliederungen nach Alter und Geschlecht ermöglichen einen Blick auf den Konsum verschiedener Bevölkerungsgruppen.

In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Innsbruck konnte darüber hinaus erstmalig eine Abwasseranalyse im Hinblick auf drogenspezifische Marker in Vorarlbergs Abwassersystem durchgeführt werden (Kapitel 2.6). Diese Methode, die in Österreich erst seit relativ kurzer Zeit angewandt wird, ermöglicht sehr anschauliche und eindrucksvolle Einblicke in den Drogenkonsum eines bestimmten Einzugsgebiets.

Die Entwicklung der Drogensituation in Vorarlberg (Kapitel 3.1) sowie aktuelle politische und gesellschaftliche Veränderungen stehen im Fokus des folgenden Kapitels.

In einer vom Amt der Vorarlberger Landesregierung durchgeführten Pilotstudie zu „Klienten mit komplexen Bedürfnissen“ (Kapitel 3.2) wird darüber hinaus über sogenannte „Systemsprenger“ bzw. „Heavy User“ mit Suchtproblematik berichtet – Personen, die überdurchschnittlich häufig und intensiv Hilfsleistungen nützen.

Im Kapitel Prävention (4) werden aktuelle Angebote, Maßnahmen, Strategien und Zahlen zur Suchtprävention in der Vorarlberger Suchthilfelandtschaft dargestellt.

Ein Blick in die Zukunft (Kapitel 5) der Sucht- und Drogensituation in Vorarlberg durch Prof. Dr. Reinhard Haller komplettiert den Bericht.

Zur besseren Übersichtlichkeit befindet sich am Ende jedes Kapitels eine Kurzzusammenfassung der behandelten Themen mit den wichtigsten Zahlen und Entwicklungen in kompakter Form.

2 Epidemiologie mit Zahlen, Daten und Fakten

Irene Schmutterer, Judith Anzenberger, Martin Busch, Alexandra Puhm, Julian Strizek, Aida Tanios,
Alfred Uhl
Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

In diesem Kapitel wird auf die statistischen Kennzahlen in den Bereichen Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Psychopharmaka und Glücksspiel in Vorarlberg eingegangen und jeweils mit österreich- und europaweiten Daten in Relation gesetzt.

2.1. Alkohol

2.1.1. Alkoholkonsum laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Daten der ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) aus dem Jahr 2015 für Vorarlberg¹ ergeben, dass etwa 9 von 10 Schülern bzw. Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (14- bis 17-Jährige) in ihrem Leben schon mindestens einmal ein ganzes Glas Alkohol konsumiert haben. Dieses vergleichsweise hohe Ausmaß an Erfahrungen ist aber nicht gleichzusetzen mit starken Rauscherfahrungen, die vor allem von Mädchen deutlich seltener berichtet werden (45 % Lebenszeitprävalenz).

Aktuell, d. h. innerhalb der letzten 30 Tage, haben etwa zwei Drittel der befragten Schülerinnen und Schüler Alkohol konsumiert. Die größten Geschlechtsunterschiede sind bei den aktuellen Rauscherfahrungen zu beobachten: Etwa jeder vierte männliche Schüler berichtet rezente Rauscherfahrungen (26 %), während bei Mädchen dieser Wert weniger als halb so hoch (12 %) ist (vgl. Abbildung 2.1).

Im Vergleich zu den österreichweiten Ergebnissen zeigen sich im Alkoholbereich bei Schülerinnen und Schülern nur minimale Unterschiede. Damit liegen die Vorarlberger Ergebnisse im internationalen Vergleich – in gleicher Weise wie die österreichischen Ergebnisse – über dem Durchschnitt der anderen an ESPAD teilnehmenden Länder (Lebenszeitprävalenz Alkoholkonsum: 80 %; Monatsprävalenz Alkoholkonsum: 48 %; Monatsprävalenz Alkoholrausch: 13 %).

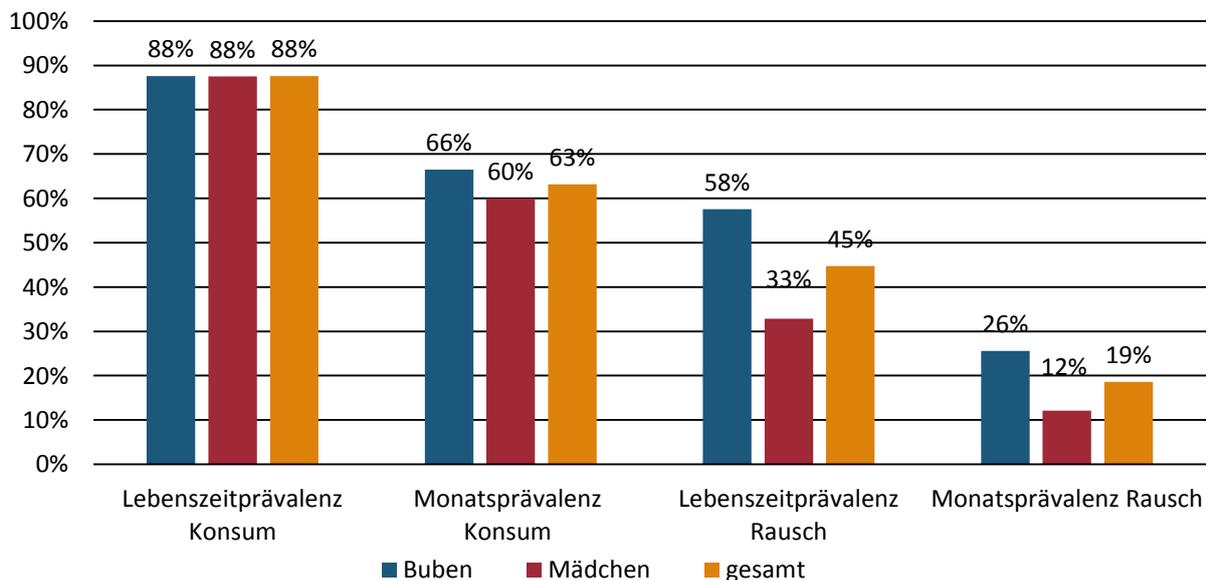
Für die Gesamtbevölkerung (ab 15-jährige Personen aus Vorarlberg) zeigt der ATHIS 2014 (Austrian Health Interview Survey bzw. Österreichische Gesundheitsbefragung), dass rund sieben Prozent täglich oder fast täglich Alkohol konsumieren. Ein weiteres Prozent trinkt an 5 bis 6 Tagen pro Woche. 34 Prozent trinken an ein bis vier Tagen pro Woche, weitere 22 Prozent an ein bis drei Tagen pro Monat. Rund 14 Prozent trinken keinen Alkohol. Männer trinken häufiger als Frauen. Besonders groß ist dieser Unterschied bei den täglich oder fast täglich Konsumierenden (11 vs. 3 %). Keinen Alkohol trinken etwa 14 Prozent der Frauen und 11 Prozent der Männer. Der Anteil derer, die täglich oder

¹

Insgesamt stehen aus dem nationalen Datensatz der ESPAD-Erhebung für das Bundesland Vorarlberg Daten von 391 Schülerinnen und Schüler aus 25 Klassen bzw. 13 Schulen zur Verfügung. Die Gewichtung erfolgte auf Basis der Verteilung der Schülerinnen und Schüler in Vorarlberg laut Schulstatistik nach Geschlecht und drei Schultypen: (1) allgemeinbildende höhere Schulen, (2) berufsbildende höhere und mittlere Schulen sowie (3) polytechnische Schule und Berufsschulen.

fast täglich Alkohol konsumieren, ist mit 14 Prozent (Männer: 22 %, Frauen: 7 %) bei den ab 60-Jährigen am höchsten und damit ca. viermal so hoch wie bei Personen unter 60 Jahren. Vorarlberg liegt damit sowohl mit dem Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden als auch mit den Unterschieden bzgl. Geschlecht und Alter im Bereich der österreichweiten Ergebnisse. Im europäischen Durchschnitt (EHIS 2014 – European Health Interview Survey) ist der Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden mit neun Prozent höher als in Österreich und Vorarlberg. Fünf Prozent der Vorarlbergerinnen und Vorarlberger weisen laut ATHIS 2014 einen problematischen Alkoholkonsum² auf, Männer häufiger als Frauen. In Österreich weisen laut ATHIS 2014 vier Prozent der Österreicherinnen und Österreicher einen problematischen Alkoholkonsum auf. Drei Prozent der Personen aus Vorarlberg trinken mindestens einmal pro Woche bei einer Gelegenheit mehr als sechs alkoholische Getränke („Binge-Drinking“). Weitere 15 Prozent tun dies mindestens einmal pro Monat. Männer berichten häufiger von „Binge-Drinking“ als Frauen und Jugendliche – junge Erwachsene (15-29 Jahre) häufiger als ältere Erwachsene. Auch hier zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zu den österreichweiten Ergebnissen. Allgemein muss hier jedoch darauf hingewiesen werden, dass bei Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung der Pro-Kopf-Alkoholkonsum stark unterschätzt wird. Gründe sind die Unterrepräsentanz von Alkoholkranken sowie ein „Underreporting“ im Sinne sozialer Erwünschtheit (Uhl et al. 2009). In anderen Publikationen sind daher zum Teil – zumindest für Gesamtösterreich – aufgrund von Hochgewichtungen höhere Schätzwerte zu finden (Strizek/Uhl 2016a).

Abbildung 2.1: Alkoholkonsumindikatoren für Schülerinnen und Schüler in Vorarlberg



Quelle: ESPAD 2015, Sonderauswertung für Vorarlberg; Darstellung: GÖG

²

Mit problematischem Alkoholkonsum ist hier der wöchentliche Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern angesprochen (wöchentliche Konsummenge, durch 7 dividiert).

2.1.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten³ wurden zwischen 2012 und 2016 jährlich etwa 750 bis 850 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger (20 bis 23 Personen je 10.000 Einwohner) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit entlassen. Etwa 70 Prozent der Diagnostizierten waren Männer. Bei rund 40 Prozent der Diagnosen handelte es sich um Hauptdiagnosen.

Mit einer Diagnose aus dem Bereich Alkoholrausch/-intoxikation wurden im Zeitraum 2012 bis 2016 jährlich etwa 900 bis 1.150 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger (23 bis 31 Personen je 10.000 Einwohner) entlassen. Auch hier waren etwa 70 Prozent der Diagnostizierten Männer. Der Anteil an Hauptdiagnosen betrug rund 60 Prozent.

Bei etwa 50 bis 85 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger pro Jahr wurde im Rahmen einer stationären Behandlung eine Alkoholpsychose diagnostiziert (1 bis 2 Personen je 10.000 Einwohner). Etwa 80 Prozent davon waren Männer. Die Diagnose wurde in etwa 30 bis 50 Prozent der Fälle als Hauptdiagnose gestellt.

Mit der Diagnose alkoholbedingte chronische Lebererkrankung wurden jährlich rund 150 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger (4 Personen je 10.000 Einwohner) aus einer stationären Behandlung entlassen. Etwa 70 Prozent der Diagnostizierten waren Männer. In ca. 30 Prozent der Fälle wurde die Diagnose als Hauptdiagnose gestellt.

Unklar ist, wie oft alkoholbedingte chronische Lebererkrankungen fälschlicherweise als „nichtalkoholbedingt“ kodiert werden und wie häufig umgekehrt nichtalkoholbedingte chronische Lebererkrankungen den „alkoholbedingten“ zugeordnet werden. Es ist jedenfalls anzunehmen, dass es zwischen den beiden Diagnosegruppen teilweise zu Fehlkodierungen kommt.

3

Die Statistik der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten gibt einen Einblick in den Status quo sowie die Entwicklung der Häufigkeit und Verteilung (z. B. Geschlecht) suchtbezogener Diagnosen im stationären Bereich, woraus Rückschlüsse auf die Häufigkeit und Verteilung bestimmter Suchterkrankungen und damit assoziierter Folgeerkrankungen in der Allgemeinbevölkerung gezogen werden können. Bei diesen Rückschlüssen ist allerdings zu bedenken, dass durch die DLD nur Personen erfasst werden, die stationär behandelt werden. Personen, die nicht oder anderweitig im Gesundheitswesen behandelt werden, sind hier nicht erfasst. Die Dokumentation erfolgt auf Basis eines festgelegten Katalogs an Haupt- und Nebendiagnosen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Krankenanstalt nach einem stationären Aufenthalt.

Da die Meldungen primär zu Abrechnungszwecken erfolgen, kann von einer hohen Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden. Es kann aber zu Verzerrungen kommen, etwa durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems, aufgrund allgemeiner Modediagnosen bzw. in bestimmten Abteilungen üblicher Diagnosen sowie aufgrund schwer oder nicht eindeutig zuordenbarer Diagnosen.

Auf Basis von Schätzungen (bis 2014) und Hochrechnungen (beginnend mit 2015) wird bei der Auswertung jede Person pro Jahr nur einmal gezählt. Durch den Wechsel in der Methode kommt es zu einem Zeitreihenbruch zwischen 2014 und 2015.

Tabelle 2.1: Diagnosecluster Alkohol (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen und Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl / 10.000 VorarlbergerInnen
Alkoholabhängigkeit F 10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom F 10.3 Entzugssyndrom	2012	863	27:73	41,5 %	23
	2013	867	29:71	39,9 %	23
	2014	832	30:70	38,2 %	22
	**2015	**834	30:70	40,5 %	**22
	2016	760	27:73	37,3 %	20
Alkoholpsychose F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir F 10.5 Psychotische Störung F 10.6 Amnestisches Syndrom F 10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	2012	84	20:80	41,7 %	2
	2013	62	19:81	45,2 %	2
	2014	57	21:79	50,9 %	2
	**2015	**51	23:77	41,4 %	**1
	2016	62	21:79	32,2 %	2
Alkoholrausch/-intoxikation T 51.0 Toxische Wirkung von Äthanol T 51.9 Toxische Wirkung von Alkohol (nicht näher bezeichnet) F 10. 0 Akute Intoxikation F 10. 1 Schädlicher Gebrauch	2012	1.161	30:70	63,4 %	31
	2013	1.068	31:69	65,0 %	29
	2014	1.025	34:66	64,8 %	27
	**2015	**935	31:69	62,8 %	**25
	2016	902	29:71	63,7 %	23
Chronische Lebererkrankung – alkoholbedingt K 70 Alkoholische Leberkrankheit	2012	148	34:66	29,7 %	4
	2013	147	30:70	30,6 %	4
	2014	158	31:69	33,5 %	4
	**2015	**151	29:71	29,9 %	**4
	2016	158	20:80	29,3 %	4
Chronische Lebererkrankung – nicht-alkoholbedingt K 73 Chronische Hepatitis, andernorts nicht klassifiziert K 74 Fibrose und Zirrhose der Leber	2012	197	34:66	34,5 %	5
	2013	181	39:61	32,6 %	5
	2014	219	45:55	27,9 %	6
	**2015	**213	42:58	31,2 %	**6
	2016	206	40:60	24,0 %	5

*Patientinnen und Patienten mit Hauptwohnsitz in Vorarlberg, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2012 bis 2016 entlassen wurden

**Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012-2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Personen in ambulanter Behandlung

In den fünf Suchtfachstellen der Caritas Vorarlberg (Bludenz, Bregenz, Dornbirn, Egg und Feldkirch) wurden in den Jahren 2012 bis 2017 pro Jahr je rund 900 bis 1.300 Klientinnen und Klienten (Betroffene und Angehörige) langfristig (mind. 3 Termine) aufgrund einer Alkoholproblematik betreut. Mit leichten Schwankungen stieg die Zahl der Klientinnen und Klienten von rund 900 im Jahr 2012 auf rund 1.100 im Jahr 2017.

Von den rund 1.100 Klientinnen und Klienten im Jahr 2017 waren 87 Prozent selbst von Alkoholproblemen betroffen. 13 Prozent waren Angehörige. Die Betroffenen waren zu 58 Prozent Männer und zu 42 Prozent Frauen, während unter den Angehörigen Frauen deutlich überwogen (82 %). Vom Alter her den größten Anteil machte mit 29 Prozent die Gruppe der 51- bis 60-Jährigen aus, gefolgt von der Gruppe der 41- bis 50-Jährigen mit 27 Prozent. Die drittgrößte Gruppe waren die 31- bis 40-Jährigen mit 19 Prozent. 12 Prozent waren zwischen 61 und 70 Jahre alt. Personen über 70 Jahre (4 %) bzw. unter 30 Jahren (8 %) machten nur einen geringen Teil der Klientel aus.

2.1.3. Schätzung der Alkoholikerinnen und Alkoholiker auf Basis von Behandlungsdaten

In Österreich wird die Querschnittsprävalenz von Alkoholikerinnen und Alkoholikern auf fünf Prozent geschätzt (Uhl et al. 2009). Die Bezeichnung Alkoholikerin/ Alkoholiker umfasst dabei alle Personen, die einen behandlungswürdigen Alkoholkonsum aufweisen, unabhängig davon, ob sie sich aufgrund dessen jemals in Behandlung begeben. Die österreichweite Schätzung stammt aus dem Jahr 1994 und basiert auf Behandlungsdaten Wiener Patientinnen und Patienten des Anton-Proksch-Instituts. Eine ausführliche Beschreibung des Schätzverfahrens findet sich in Uhl (1994). Eine analoge Schätzung für Vorarlberg 2018 wurde für diesen Bericht auf Basis von Behandlungsdaten aus Einrichtungen der Stiftung Maria Ebene (Krankenhaus Maria Ebene und Therapiestationen Lukasfeld sowie Carina) durchgeführt.⁴

4

Für die Vorarlberger Schätzung wurde auf Basis der Anzahl der Vorarlberger Patientinnen und Patienten, die sich in den Jahren 2012 bis 2017 erstmalig aufgrund einer Alkoholdiagnose (F10.2 bis F10.7) in stationärer Behandlung befunden haben (im Durchschnitt 100 Personen pro Jahr, davon 66 Männer und 34 Frauen), sowie der Wohnbevölkerung Vorarlbergs (391.051 Personen im Jahr 2016) die Wahrscheinlichkeit für eine beliebige Person aus Vorarlberg errechnet, in einem bestimmten Jahr erstmalig wegen einer Alkoholdiagnose behandelt zu werden. Multipliziert man diese Wahrscheinlichkeit mit der Lebenserwartung bei Geburt (79 Jahre für Männer bzw. 84 für Frauen), erhält man die Wahrscheinlichkeit, als Vorarlberger/-in jemals im Leben stationär wegen Alkoholismus behandelt zu werden. Diesen empirischen Werten zufolge werden 1,5 Prozent der Frauen und 2,7 Prozent der Männer (2,1 % insgesamt) in Vorarlberg im Laufe ihres Lebens aufgrund von Alkoholismus stationär behandelt. In weiterer Folge wurden diese Daten aufgrund folgender Überlegungen adjustiert: (1) Schätzung hinsichtlich Personen aus Vorarlberg, die außerhalb ihres Bundeslandes stationär aufgrund von Alkoholismus behandelt werden. (It. Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden im Jahr 2016 vier Prozent aller Vorarlberger Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich F10.2 – F10.7 in einer Krankenanstalt außerhalb Vorarlbergs behandelt). (2) Schätzung hinsichtlich Personen, die zwar nicht aufgrund von Alkoholismus stationär behandelt werden (keine diesbezügliche Hauptdiagnose erhalten), aber in stationärer Behandlung aufgrund einer alkoholspezifischen Nebendiagnose auffällig werden. (It. DLD erhielten im Jahr 2016 knapp zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich F10.2 – F10.7 diese als Nebendiagnose) (3) Schätzung hinsichtlich Personen, die im Laufe ihres Lebens aufgrund von Alkoholismus weder stationär behandelt werden noch

Dabei wird geschätzt, dass etwa 8 von 100 Personen aus Vorarlberg im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken (etwa 10 % aller Männer und 5 % aller Frauen). Unter der Annahme, dass Alkoholikerinnen und Alkoholiker etwa die Hälfte ihrer (im Vergleich zur allgemeinen Lebenserwartung) verkürzten Lebenszeit als krank betrachtet werden können, ergibt sich aus dieser Lebenszeitinzidenz eine Querschnittsprävalenz von vier Prozent (5 % der Männer und 3 % der Frauen). Dieses Ergebnis liegt etwas niedriger als jene Schätzung, die vor mehr als 20 Jahren auf Basis von Wiener Behandlungsdaten erstellt wurde und erscheint aufgrund der sonstigen Entwicklungen im Alkoholbereich auf nationaler Ebene (leichter Rückgang des problematischen Konsums, leichter Rückgang der Gesamtkonsummenge) plausibel. Es sei jedoch explizit darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um ein sehr grobes Annäherungsverfahren handelt, dass sich nicht alle Modellannahmen empirisch überprüfen lassen und dieses Modell auch nicht geeignet ist, kurzfristige Entwicklungen abzubilden.

2.1.4. Alkoholassoziierte Mortalität und Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung

Die monokausale österreichische Todesursachenstatistik enthält mehrere Todesursachen, die explizit auf eine Alkoholassoziation hinweisen. Die numerisch relevantesten Diagnosecodes sind dabei Alkoholabhängigkeit (F10.2) und Erkrankungen der Leber (K70, K73 und K74) (für genauere Erläuterungen und methodologische Überlegungen vgl. Uhl et al. 2009).

Insgesamt wurde im Jahr 2017 bei 63 Todesfällen (45 Männer, 18 Frauen) in Vorarlberg eine Todesursache festgestellt, die mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht wird⁵. Bei insgesamt 3.113 Todesfällen in Vorarlberg entspricht dies zwei Prozent aller Todesfälle (ca. 2,9 % der Todesfälle bei Männern und etwa 1,1 % der Todesfälle bei Frauen). Diese Werte sind leicht niedriger als die Vergleichswerte für Gesamtösterreich (3,6 % aller Todesfälle bei Männern, 1,1 % aller Todesfälle bei Frauen und 2,3 % aller Todesfälle gesamt). Hinsichtlich des Zeitverlaufs lässt sich weder für Vorarlberg noch für Österreich ein eindeutiger Trend feststellen.

Abgesehen von Diagnosecodes, die explizit auf eine Assoziation mit Alkohol hinweisen, kann Alkohol auch bei zahlreichen anderen Erkrankungen einen negativen Einfluss ausüben und somit zu einem

durch alkoholspezifische Nebendiagnosen auffällig werden: Uhl (1994) schätzt diese Gruppe auf ein Viertel aller betroffenen Personen ein.

⁵

Berücksichtigt wurden dabei die folgenden Diagnosecodes: (F10.0) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation (bei Abhängigkeit), (F10.1) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch, (F10.2) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, (F10.3) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom, (F10.4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir, (F10.5) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung, (F10.6) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom, (F10.7) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung, (K70.0) Alkoholische Fettleber, (K70.1) Alkoholische Hepatitis, (K70.2) Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber, (K70.3) Alkoholische Leberzirrhose, (K70.4) Alkoholisches Leberversagen, (K70.9) Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet, (K73.9) Chronische Hepatitis, nicht näher bezeichnet, (K74.0) Leberfibrose, (K74.1) Lebersklerose, (K74.3) Primäre biliäre Zirrhose, (K74.5) Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet, (K74.6) Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber, (T51.0) Toxische Wirkung von Äthanol, (T51.9) Toxische Wirkung von Alkohol, nicht näher bezeichnet

vorzeitigen Tod beitragen, ohne dass dieser Umstand der Todesursachendiagnose abzulesen ist. Dies betrifft unter anderem Erkrankungen des Verdauungstrakts, aber auch die numerisch deutlich bedeutenderen Suizide. Eine genaue Ableitung der Anzahl alkoholverursachter Todesfälle ist bei diesen Diagnosecodes allerdings nicht möglich. Dennoch weist dieser Umstand darauf hin, dass die obengenannten Zahlen wahrscheinlich eine Unterschätzung der alkoholassoziierten Mortalität darstellen. Statistiken bezüglich Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten⁶ weisen für das Jahr 2017 für Vorarlberg 136 Unfälle aus, bei denen es insgesamt zu 171 Verletzten kam. Beide Zahlen liegen unterhalb des Mittelwerts der drei vorherigen Jahre (2014-2016: im Durchschnitt 155 Unfälle mit 196 Verletzten). Drei Personen sind im Jahr 2017 bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten verstorben. Auch in den Vorjahren schwankte diese Zahl zwischen null und drei Personen. Vergleiche zwischen den Bundesländern sind aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen (z. B. Urbanitätsgrad, Anzahl der gefahrenen Kilometer, Infrastruktur) wenig aussagekräftig.

2.1.5. Verkaufsstatistik

Die vorhandenen Verkaufsstatistiken auf Basis der Produktion, des Verkaufs und des Imports bzw. Exports alkoholischer Getränke verdeutlichen, dass österreichweit seit den 1970er-Jahren der Pro-Kopf-Konsum leicht, aber kontinuierlich abnimmt. Von dem historischen Höchststand von 33,4 Gramm Alkohol pro Tag im Jahr 1973 (20 Gramm entsprechen einem halben Liter Bier) sank der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum auf knapp über 25 Gramm im Jahr 2016 (jeweils bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15-99 Jahren). Im Gegensatz zu Befragungsdaten beinhalten Verkaufsstatistiken keine weiteren Informationen zu Konsummustern (z. B. Geschlechterverhältnis) und erlauben auch keine Auswertungen auf Bundesländerebene (Uhl et al. 2017).

⁶

Personen, bei denen eine Beeinträchtigung durch Alkohol gemäß § 5 Abs. 1 StVO oder eine Überschreitung des im § 14 Abs. 8 FSG festgelegten Blut- oder Atemalkoholgrenzwertes festgestellt wurde, einschließlich jener Personen, die eine Untersuchung auf Alkoholbeeinträchtigung verweigerten



Auf einen Blick

Zwei von drei Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Schulstufe haben in den **letzten 30 Tagen Alkohol getrunken** und eine/r von fünf hat im selben Zeitraum eine Berausung erlebt. Rund **sieben Prozent** der erwachsenen Bevölkerung **trinken täglich Alkohol** und **fünf Prozent** trinken in einem **problematischen Ausmaß**.

Etwa **800 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger** (rund 0,2 % der Bevölkerung) werden pro Jahr mit einer **Diagnose Alkoholabhängigkeit** aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Im ambulanten Setting werden jährlich etwas mehr als **1.000 Klientinnen/Klienten** (rund 0,3 % der Bevölkerung) wegen **Alkoholproblemen betreut**.

Unter Berücksichtigung von Behandlungsdaten kann geschätzt werden, dass ca. **vier Prozent der Bevölkerung an Alkoholismus erkrankt** sind.

Etwa **zwei Prozent aller Todesfälle** pro Jahr sind **auf Alkohol zurückzuführen**. 171 Personen erlitten im Jahr 2017 Verletzungen durch Unfälle mit alkoholisierten Beteiligten, in drei Fällen verstarben Personen.

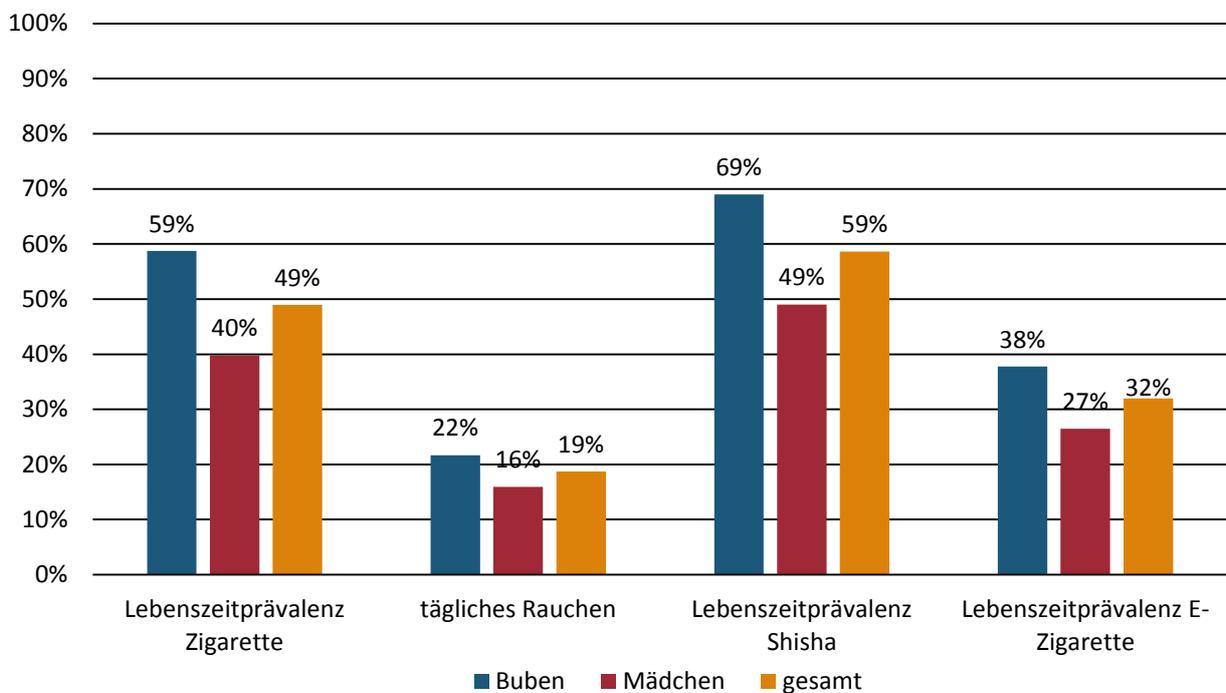
2.2. Tabak

2.2.1. Tabakkonsum laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Laut ESPAD-Daten für Vorarlberg hat etwa die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler aus Klassen der 9. und 10. Schulstufe (im Alter zwischen 14 und 17 Jahren) schon einmal Zigarette geraucht. Unter Buben ist dieser Anteil höher als unter Mädchen (59 % gegenüber 40 %). Etwa ein Fünftel der Jugendlichen berichtet tägliches Rauchen, auch hier ist der Anteil unter männlichen Jugendlichen höher als unter weiblichen.

Der Anteil an Jugendlichen, die bereits einmal Shisha geraucht haben, ist sogar etwas höher (59 %) als der Anteil an Jugendlichen mit Erfahrungen im Zigarettenkonsum. Etwa ein Drittel hat schon einmal E-Zigarette konsumiert. Auch bei diesen beiden Indikatoren weisen männliche Jugendliche höhere Werte auf als ihre Altersgenossinnen.

Abbildung 2.2: Indikatoren des Nikotinkonsums von Schülerinnen und Schülern in Vorarlberg



Quelle: ESPAD 2015, Sonderauswertung für Vorarlberg; Darstellung: GÖG

Im Vergleich zu den österreichweiten Daten (Strizek et al. 2016) liegen die Ergebnisse in Vorarlberg beim Zigarettenkonsum leicht unter dem Bundesdurchschnitt (54 % Lebenszeitprävalenz) und beim Shisha-Konsum leicht oberhalb des Bundesdurchschnitts (53 %). Auch in Hinblick auf das Geschlechterverhältnis zeigen sich Unterschiede: Mädchen rauchen bundesweit – im Gegensatz zu den Ergebnissen in Vorarlberg – häufiger Zigaretten als Buben. Im internationalen Vergleich (The ESPAD Group 2016) liegen sowohl die Vorarlberger Ergebnisse als auch die österreichischen Daten im Bereich Zigarettenkonsum oberhalb des Durchschnitts aller teilnehmenden ESPAD-Länder.

Für die Gesamtbevölkerung (ab 15-jährige Personen aus Vorarlberg) zeigt der ATHIS 2014, dass 27 Prozent täglich rauchen (Männer: 30 %, Frauen: 25 %). 32 Prozent rauchen täglich oder gelegentlich (Männer: 35 %, Frauen: 29 %). 68 Prozent rauchen nicht (Männer: 65 %, Frauen: 71 %). Vom Alter her zeigt sich, dass der Anteil der täglich Rauchenden bei den ab-60-Jährigen wesentlich geringer ist (12 %).

Der Anteil der Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 34 Prozent der täglich rauchenden Vorarlbergerinnen und Vorarlberger gaben dies in der ATHIS-Befragung 2014 an. Das entspricht hochgerechnet ca. 29.000 Personen (rund 9 % der Bevölkerung 15+). Etwa die Hälfte davon sind Frauen; der Großteil (etwa 60 %) ist zwischen 30 und 59 Jahre alt.

11 Prozent der Personen in Vorarlberg (15+) sind täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt, Männer etwa doppelt so oft wie Frauen. Der Anteil der „Passivraucher“ nimmt mit dem Alter ab: von 17 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen über 11 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf 7 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Beim Anteil der täglich Rauchenden liegt Vorarlberg mit 27 Prozent sowohl über dem österreichischen Durchschnitt von 24 Prozent (ATHIS 2014) als auch über dem europäischen Durchschnitt (EHIS 2014) von 19 Prozent. Dafür liegt Vorarlberg bei der Passivrauchexposition (mind. eine Stunde tägl.) mit 11 Prozent genau im europäischen Durchschnitt und unter dem österreichischen Durchschnitt von 15 Prozent. Der Anteil der Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist in Vorarlberg etwas höher als in Österreich (34 vs. 32 %).

2.2.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden zwischen 2012 und 2016 jährlich etwa 2.000 bis 2.300 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger (50 bis 60 Personen je 10.000 Einwohner) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose Tabakmissbrauch/Abhängigkeit entlassen – Tendenz sinkend. Etwa zwei Drittel der Diagnostizierten sind Männer. Die Diagnose wird nahezu ausschließlich als Nebendiagnose gestellt.

Betreffend die Häufigkeit, mit der die Diagnose Tabakmissbrauch/ Abhängigkeit gestellt wird, liegen die Vorarlbergerinnen und Vorarlberger mit 50 bis 60 Personen je 10.000 Einwohner pro Jahr über dem österreichischen Durchschnitt von rund 38 Personen je 10.000 Einwohner. Das Verhältnis Männer zu Frauen sowie Haupt- zu Nebendiagnosen entspricht dem österreichischen Schnitt.

Mit einer von vier Krebsdiagnosen, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind, wurden zwischen 2012 und 2016 jährlich an die 500 Personen aus Vorarlberg (13 bis 14 Personen je 10.000 Einwohner) aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Etwa zwei Drittel der Diagnostizierten sind Männer, wobei die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hier jährlich geringer wurden. In etwa 85 Prozent der Fälle wird die Diagnose als Hauptdiagnose gestellt.

Bei den Krebsdiagnosen entsprechen sowohl die Häufigkeit des Erhalts als auch das Verhältnis Männer zu Frauen sowie Haupt- zu Nebendiagnosen jenem der Österreicherinnen und Österreicher.

Tabelle 2.2: Diagnosecluster Tabak (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen und Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl / 10.000 Vorarlberger/-innen
Tabakmissbrauch/Abhängigkeit F 17.1 Schädlicher Gebrauch von Tabak F 17.2 Abhängigkeitssyndrom von Tabak F 17.3 Entzugssyndrom bei Tabak	2012	2.312	34:66	0,0 %	62
	2013	2.209	38:62	0,6 %	59
	2014	2.106	40:60	0,9 %	56
	**2015	**1.982	38:62	0,0 %	**52
	2016	1.968	37:63	0,0 %	51
Körperliche Folgen durch Tabakmissbrauch C 15.1-9 Bösartige Neubildungen – Ösophagus C 32.0-3 Bösartige Neubildung – Glottis/Larynxknorpel C 33 Bösartige Neubildung der Trachea C 34.0-9 Bösartige Neubildung – Bronchus/Lunge	2012	503	29:71	87,9 %	14
	2013	508	31:69	86,2 %	14
	2014	542	34:66	87,8 %	14
	**2015	**487	38:62	83,1 %	**13
	2016	497	37:63	84,9 %	13

*Patientinnen und Patienten mit Hauptwohnsitz in Vorarlberg, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2012 bis 2016 entlassen wurden

**Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012-2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Teilnehmende an Programmen zur Raucherentwöhnung am Krankenhaus Stiftung Maria Ebene

Von Mitte 2013 bis Ende 2016 haben insgesamt 834 Personen am Raucherentwöhnungsprogramm des Krankenhauses Stiftung Maria Ebene teilgenommen. 371 Personen haben dabei das Erstgespräch absolviert und keine weitere Leistung in Anspruch genommen (Ausnahme: „nur“ Akupunktur oder „nur“ medikamentöse Unterstützung). 265 Personen haben an einer ambulanten Gruppentherapie (6-mal 2 Stunden) teilgenommen. 155 Personen haben eine ambulante Einzelentwöhnung (6-mal 45 Minuten) und 43 Personen eine stationäre Raucherentwöhnung (21 Tage) gemacht.

55 Prozent der Teilnehmenden waren Frauen und 45 Prozent Männer. Die größte Gruppe der Teilnehmenden war zwischen 50 und 59 Jahre alt (31 %), gefolgt von der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen (26 %) und den Gruppen der ab-60-Jährigen (19 %) sowie der 30- bis 39-Jährigen (17 %). 20 bis 29 Jahre alt waren sechs Prozent und unter 20 Jahren ein Prozent. Die Teilnehmenden der stationären Raucherentwöhnung waren tendenziell älter als jene der ambulanten Einzel- und Gruppentherapie. Am jüngsten waren die Teilnehmenden, die nur das Erstgespräch absolvierten.

2.2.3. Mortalität

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten. Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011). Viele dieser Erkrankungen können auf mehrere Ursachen, nicht nur auf den Konsum von Tabak zurückgeführt werden. Bei Lungenkrebs sowie bei COPD wird allerdings davon ausgegangen, dass die weitaus überwiegende Ursache dafür das Rauchen von Tabak ist. Bei Todesfällen infolge von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) zeigte sich etwa, dass 90 Prozent der Männer Raucher und 80 Prozent der Frauen Raucherinnen waren (Newcomb/Carbonne 1992).

Laut Todesursachenstatistik der Statistik Austria verstarben im Jahr 2017 159 Personen aus Vorarlberg infolge von Lungenkrebs (C34, ICD-10; 91 Männer und 68 Frauen). Infolge von COPD (J44, ICD-10) verstarben 99 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger (55 Männer und 44 Frauen). Das sind rund fünf (Lungenkrebs) bzw. rund drei (COPD) Prozent aller 2017 verstorbenen Personen aus Vorarlberg. Diese Prozentwerte entsprechen den österreichweiten Anteilen. Wie auch für Gesamtösterreich zeigt sich für Vorarlberg bei Todesfällen infolge von Lungenkrebs und COPD über die letzten Jahrzehnte eine kontinuierliche Zunahme bei Frauen, bei einer gleichzeitig kontinuierlichen Abnahme bei Männern.

2.2.4. Verkaufsstatistik

Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für Gesamtösterreich für das Jahr 2017 einen Zigarettenkonsum von 4,5 bis 5,6 Stück pro Kopf und Tag.⁷ Zwischen 2012 und 2017 zeigt sich ein leichter, kontinuierlicher Rückgang bei den Verkaufszahlen von 5,0 auf 4,5 Stück pro Kopf und Tag. Bei den Verkaufszahlen inklusive Dunkelzifferschätzungen zeigt sich in diesem Zeitraum ebenfalls ein Rückgang des Pro-Kopf-Konsums von 6,3 auf 5,6 Stück.

7

Die Verkaufszahlen resultieren aus Angaben zu in Österreich versteuerten Zigaretten. Die Dunkelzifferschätzungen des Anteils nicht bzw. nicht in Österreich versteuerter Zigaretten sind sogenannten Zigarettenpackungsstudien entnommen, für die weggeworfene Zigarettenpackungen in ganz Österreich systematisch gesammelt werden. Der Pro-Kopf-Konsum pro Tag bezieht sich auf die österreichische Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter (jährliche Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt).

Auf einen Blick

Jede zweite Schülerin und jeder zweite Schüler der 9. und 10. Schulstufe hat **schon einmal Zigarette geraucht**. **Jede/r fünfte raucht täglich**.

27 Prozent der Vorarlbergerinnen und Vorarlberger **rauchen täglich**. Männer häufiger als Frauen. Ca. 29.000 in Vorarlberg lebende Personen, **ein Drittel der täglich Rauchenden**, gibt an im letzten Jahr **erfolglos versucht** zu haben, das **Rauchen aufzugeben**. **11 Prozent** der Vorarlberger/-innen sind täglich mindestens eine Stunde **Passivrauch ausgesetzt**, Männer etwa doppelt so oft wie Frauen.

Rund **0,5 %** der Vorarlberger Bevölkerung werden pro Jahr mit einer **Diagnose Tabakmissbrauch/-abhängigkeit** aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Mit einer von vier **Krebsdiagnosen**, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf das **Rauchen von Tabak zurückzuführen** sind, werden pro Jahr an die **500 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger** entlassen.

Rund **800 Personen** haben von Mitte 2013 bis Ende 2016 am **Rauchentwöhnungsprogramm des Krankenhauses Stiftung Maria Ebene** teilgenommen.

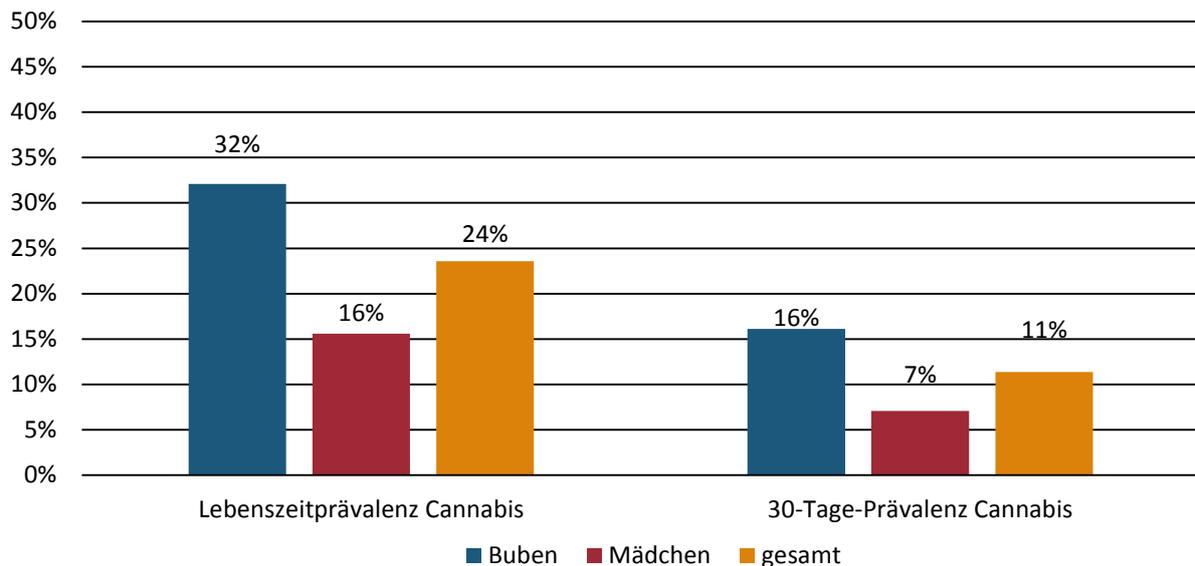
Fünf Prozent aller 2017 verstorbenen Vorarlbergerinnen und Vorarlberger **starben infolge von Lungenkrebs**. **Drei Prozent** starben infolge von **COPD**.

2.3. Illegale Drogen

2.3.1. Konsum von Cannabis laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Laut Befragungsdaten aus der ESPAD-Erhebung⁸ hat etwa ein Viertel der befragten Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe (14- bis 17-Jährige) in Vorarlberg schon mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert. Etwas mehr als jede zehnte Schülerin bzw. jeder zehnte Schüler hat dies auch in den letzten 30 Tagen getan. Bei beiden Indikatoren weisen männliche Jugendliche einen etwa doppelt so hohen Wert auf wie ihre Altersgenossinnen. Die Werte für Vorarlberger Jugendliche entsprechen in etwa den österreichweit gemessenen Werten (Lebenszeitprävalenz: 21 %; Monatsprävalenz: 10 %). Im europäischen Vergleich liegen sie jedoch über den Durchschnittswerten der teilnehmenden ESPAD-Länder (Lebenszeitprävalenz: 16 % bzw. Monatsprävalenz: 7%) (Strizek et al. 2016; The ESPAD Group 2016).

Abbildung 2.3: Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülerinnen und Schülern



Quelle: ESPAD 2015, Sonderauswertung für Vorarlberg; Darstellung: GÖG

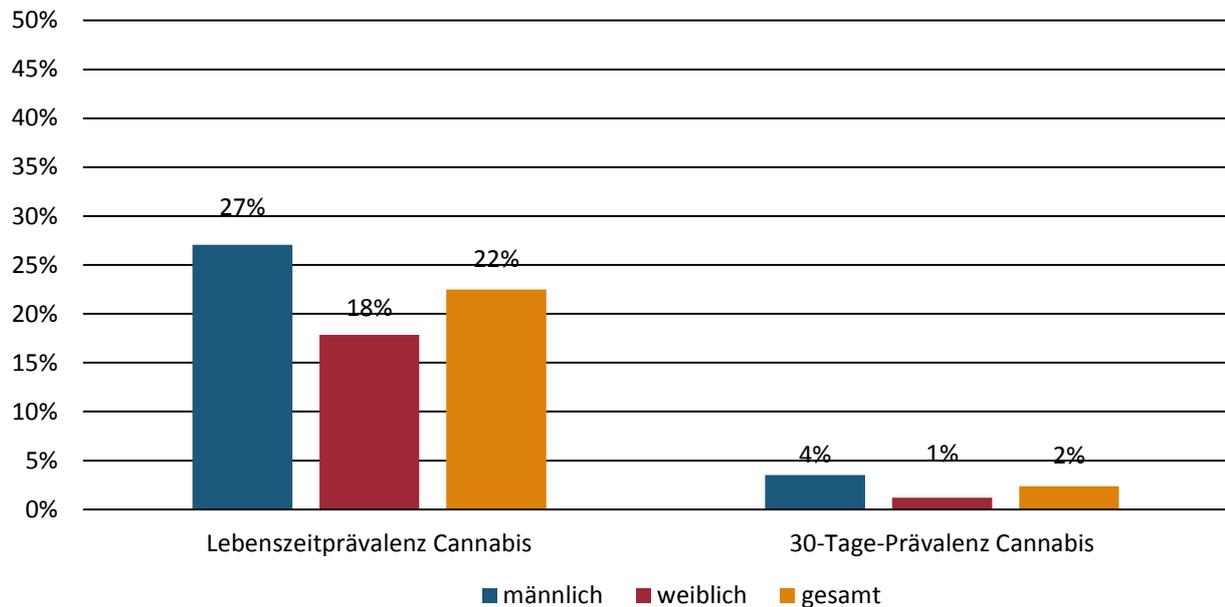
Unter Erwachsenen (Bevölkerung 15+) werden insbesondere im Bereich des aktuellen Cannabiskonsums deutlich niedrigere Werte berichtet (2 % insgesamt, 4 % unter Männern bzw. 1 % unter Frauen). Dies deutet in erster Linie darauf hin, dass Cannabiskonsum nur in einem kurzen Lebensabschnitt

⁸

Selbstauskünfte zum Konsum von Substanzen mit sehr geringen Prävalenzraten auf Basis von Befragungsdaten sind insbesondere bei kleinen Stichproben bzw. bei Subgruppenauswertungen einem großen Zufallsfehler unterworfen. Daher werden in diesem Kapitel Befragungsdaten ausschließlich zur Beschreibung des (am weitesten verbreiteten) Cannabiskonsums herangezogen.

eine relevante Rolle spielt⁹. Im österreichweiten Vergleich (Lebenszeitprävalenz: 20 %; Monatsprävalenz: 2 %) bzw. im europäischen Vergleich¹⁰ zeigen sich nur minimale Unterschiede (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2017; Strizek/Uhl 2016b).

Abbildung 2.4: Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Vorarlberg



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015, Sonderauswertung für Vorarlberg; Darstellung: GÖG

2.3.2. Risikoreicher Konsum von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis

Unter risikoreichem Konsum illegaler Drogen wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der „wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Schlüsse hinsichtlich risikoreicher Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten (DOKLI) der Drogenhilfeeinrichtungen gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum. Die Spitalsentlassungscodes nach ICD-10

⁹

Ein zusätzlicher Faktor liegt darin, dass erwachsene Personen auch zunehmend nicht mehr bereit sind, vergangenen Konsum zu berichten. Dies verdeutlicht sich darin, dass auch die berichtete Lebenszeiterfahrung mit Cannabis mit zunehmendem Alter in allen Erhebungen abnimmt.

¹⁰

Im Europäischen Drogenbericht 2017 werden ausschließlich Personen zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt. Für diese Altersgruppe wird für Europa eine Lebenszeitprävalenz von 26 Prozent ausgewiesen. Bei der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 ergibt sich für die Gruppe der 15- bis 64-jährigen Vorarlbergerinnen und Vorarlberger ein Wert von 27 Prozent Lebenszeitprävalenz.

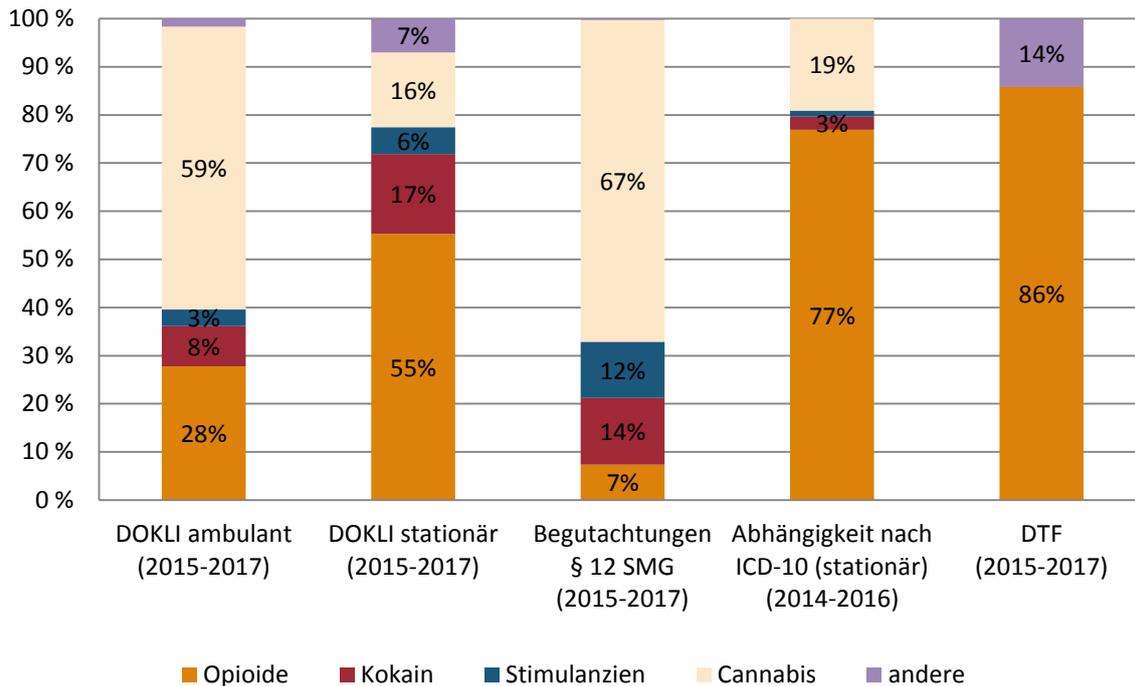
bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, wonach einschlägige Konsummuster von Personen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen, stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Wird berücksichtigt, dass ein Großteil der etwa 650 in Opioidsubstitutionsbehandlung befindlichen Vorarlbergerinnen und Vorarlberger nicht im Behandlungsdokumentationssystem DOKLI erfasst ist, zeigt Abbildung 2.5 deutlich, dass im Rahmen des risikoreichen Konsums illegaler Drogen in Vorarlberg Opioide als Leitdroge dominieren. Das entspricht dem österreichischen Trend. Eine nähere Analyse der Konsummuster zeigt, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert. Bei der Mehrheit der drogenbezogenen Todesfälle der Jahre 2015 - 2017¹¹ (86 %) waren Opioide für die tödliche Überdosierung (mit)verantwortlich.

11

Aufgrund der statistisch gesehen kleinen Fallzahlen wurden die Anteile der Jahre 2015-2017 gemittelt.

Abbildung 2.5: Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Vorarlberg, geglättete 3-Jahres-Werte, in Prozent



Bei allen Datenquellen wurde zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren bzw. 2 Jahren (DOKLI) herangezogen (gleitendes Mittel).

DOKLI ambulant = Personen, die 2015, 2016 oder 2017 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge

DOKLI stationär = Personen, die 2015, 2016 oder 2017 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2015 - 2017 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde.

Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär): Prozentverteilung der Hauptdiagnosen im Falle einer Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen 2014 - 2016 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle (DTF) = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2015-2017. Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere (Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis) – bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. Bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es die Kategorie „andere“ nicht.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis ohne risikoreichem Konsum anderer illegaler Drogen. Dieser Anteil ist auch bei Personen, bei denen durch den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, sehr groß (vgl. Abbildung 2.5). Gemäß einer im Rahmen des *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* durchgeführten und 2017¹² wiederholten Analyse für Österreich kann

12

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (04.10.2018)

aber lediglich bei etwa einem Drittel der Betroffenen von einem hochfrequenten Cannabiskonsum vor Beginn der Behandlung ausgegangen werden (Busch et al. 2013).

Neben dem hochriskanten Konsum von Opioiden scheint Cannabis in Vorarlberg eine etwas größere Rolle zu spielen als in den anderen Bundesländern. Bei DOKLI ambulant ist der Anteil von Cannabis dort deutlich höher als in Österreich und die klare Nummer eins bei den Substanzen (in Österreich sind Opiode an erster Stelle). Bei den Spitalsentlassungen nach diagnostizierter Abhängigkeit spielt Cannabis in Vorarlberg bei 19 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Rolle, im Österreichschnitt nur bei zwei Prozent (vgl. Abbildung 2.5) (Anzenberger et al. 2018).

Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen

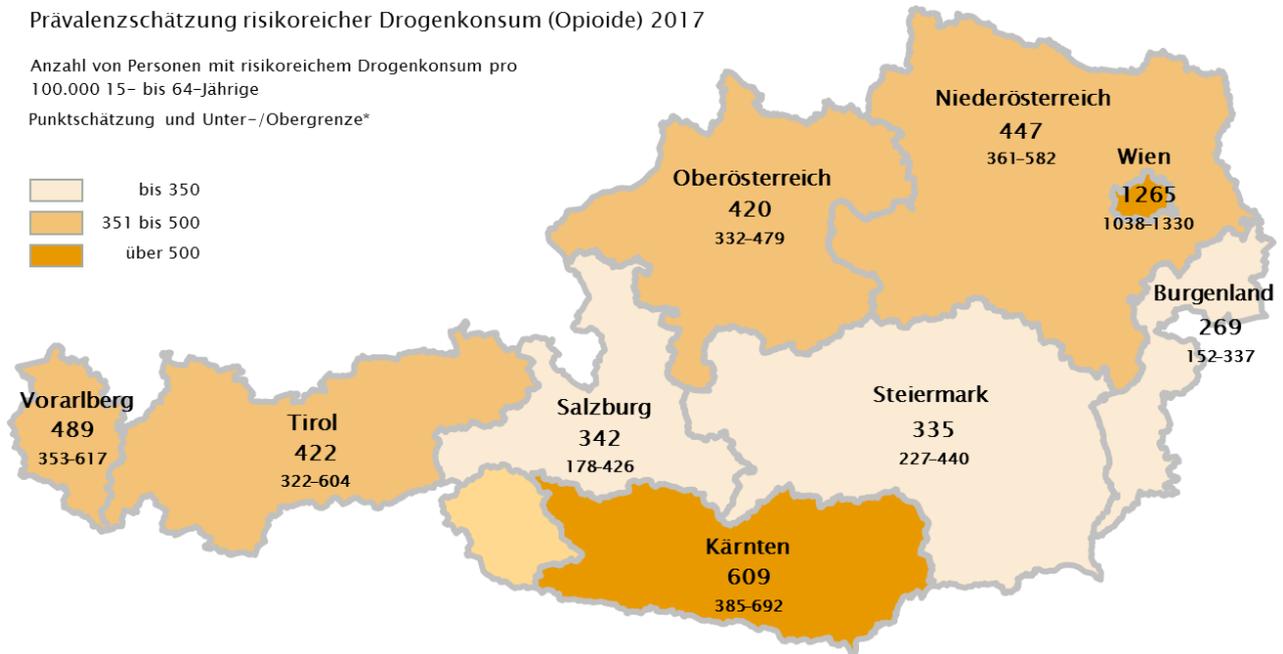
Bei der Schätzung der Anzahl der Personen mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich und die einzelnen Bundesländer liegen ausschließlich Schätzungen des risikoreichen polytoxikomanen Konsums illegaler Drogen unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC)¹³ basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2015 validiert.

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Vorarlberg für die Jahre 2015 bis 2017 auf eine Anzahl von 910 bis 1.571 Personen mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden (Österreich 35.000 bis 38.000 Personen). Mit 353 bis 617 Betroffenen pro 100.000 15- bis 64-Jährige liegt Vorarlberg damit im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern höher (vgl. Abbildung 2.6). Alters- bzw. geschlechtsspezifische Schätzungen liegen aufgrund der Größe der Zielgruppe für Vorarlberg nicht vor (vgl. Anzenberger et al. 2018). Da sich diese Variablen in den vorliegenden Datenquellen jedoch kaum von den Österreichwerten unterscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass das Geschlechtsverhältnis 3:1 (Männer zu Frauen) und auch die Altersstruktur (9 % unter 25 Jahre, 39 % 25 bis 34 Jahre und 53 % über 34 Jahre) auf Vorarlberg übertragen werden können.

13

Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Abbildung 2.6: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), 2017



Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken! Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d.h. als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

Quelle: Prävalenzschätzungen 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der risikoreiche Konsum illegaler Drogen im Zeitverlauf

In Österreich steht eine Reihe von Datenquellen sehr guter Qualität für die Analyse der Drogensituation zur Verfügung. Eine Zusammenschau all dieser Datenquellen in Form von Kennzahlen – dem Zusammensetzen eines Puzzles ähnlich – dient der Beschreibung der epidemiologischen Situation. Werden diese Kennzahlen pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren berechnet, ist auch ein Vergleich zwischen Vorarlberg und Österreich möglich.

Die Kennzahlen der Drogensituation pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren sind in Vorarlberg wie in Österreich zwischen 2012 und 2017 relativ stabil geblieben (vgl. Tabelle 2.3). Jedoch hat Vorarlberg im Vergleich zu anderen Bundesländern mit Ausnahme Wiens meist etwas höhere Raten. Die Raten der drogenbezogenen Todesfälle sind in Vorarlberg im Vergleich zur Mehrheit der anderen Bundesländer sehr hoch, im Jahr 2015 lag die Rate sogar minimal über jener Wiens (vgl. die Berichte *Epidemiologiebericht Drogen* bzw. *Sucht* der Jahre 2012 bis 2018).

Tabelle 2.3: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation pro 100.000 15- bis 64-Jährige in Vorarlberg und Österreich von 2012 bis 2017 (geglätteter 3-Jahres-Wert*)

Indikator	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Vorarlberg: Prävalenz Opioide UG	402,9	360,8	375,5	403,9	353,0	399,1
Vorarlberg: Prävalenz Opioide	495,2	442,6	463,6	510,3	402,2	489,0
Vorarlberg: Prävalenz Opioide OG	587,1	524,4	551,6	616,6	451,4	578,9
*Vorarlberg: Substitutionsbehandlungen	251,6	251,0	252,8	256,7	259,8	257,4
*Vorarlberg: DOKLI Opioide	215,4	214,4	213,3	217,5	219,2	217,4
*Vorarlberg: DOKLI Cannabis	140,6	160,0	177,2	187,5	187,3	188,6
*Vorarlberg: DOKLI gesamt	427,6	452,2	480,4	487,1	475,0	459,5
*Vorarlberg: § 12 SMG Opioide	2,4	4,6	4,7	5,5	3,8	4,6
*Vorarlberg: § 12 SMG Cannabis	14,7	25,6	29,5	41,0	34,2	30,3
*Vorarlberg: ICD-10 Opioidabhängigkeit	34,5	27,0	28,9	32,6	39,6	-
*Vorarlberg: drogenbezogene Todesfälle	3,3	3,3	4,3	4,4	4,2	2,3
Österreich: Prävalenz Opioide UG	490,9	487,1	506,9	526,3	603,4	607,9
Österreich: Prävalenz Opioide	503,2	500,4	523,1	545,0	625,3	627,9
Österreich: Prävalenz Opioide OG	515,5	513,8	539,4	563,7	647,2	647,9
Österreich: Substitutionsbehandlungen	297,0	298,7	301,3	305,9	311,0	316,7
Österreich: DOKLI Opioide	86,2	81,5	83,1	85,3	82,9	74,9
Österreich: DOKLI Cannabis	35,3	37,7	38,4	40,5	41,5	41,9
Österreich: DOKLI gesamt	158,1	154,7	165,1	171,1	163,4	140,9
Österreich (ohne Wien) ¹ : § 12 SMG Opioide	8,8	9,0	9,0	8,0	7,6	7,1
Österreich (ohne Wien) ¹ : § 12 SMG Cannabis	14,2	19,8	24,4	25,7	26,0	27,7
Österreich: ICD-10 Opioidabhängigkeit	28,9	30,7	29,9	29,8	29,4	-
Österreich: drogenbezogene Todesfälle	2,9	2,5	2,4	2,5	2,7	2,6

* *Um Zufallsschwankungen auszugleichen, wurden die Daten für Vorarlberg (außer den Prävalenzraten) jeweils für drei Jahre gemittelt; das letzte aktuelle Jahr stellt jeweils den Rohwert dar.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken! Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden. Die Gesamtsumme für Österreich beinhaltet auch Personen, deren Wohnsitzbundesland nicht angegeben ist. DOKLI – Opioide/Cannabis: Alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. Cannabis als alleiniger Leitdroge; § 12 SMG – Opioide/Cannabis: Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden oder einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG für Österreich sind unvollständig (Wien übermittelt keine Daten, da bei den Wiener Begutachtungen anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt wird, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.) ICD-10 (Opioidabhängigkeit): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung (2016 war das letzte verfügbare Jahr); direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen.

¹ 2011 auch ohne Kärnten (relevant für den geglätteten 3 Jahres-Wert 2012)

Quellen: Berichte Epidemiologiebericht Drogen bzw. Sucht der Jahre 2012 bis 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG

Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen, die allerdings lediglich für Österreich insgesamt möglich sind (vgl. Anzenberger et al. 2018). Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind.

Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger). Die Anzahl der Personen unter 25 Jahren reduzierte sich 2015 im Vergleich zu 2004 auf weniger als ein Drittel. Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl an älteren Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und aktuell in der Altersgruppe über 34) kontinuierlich weiter an.

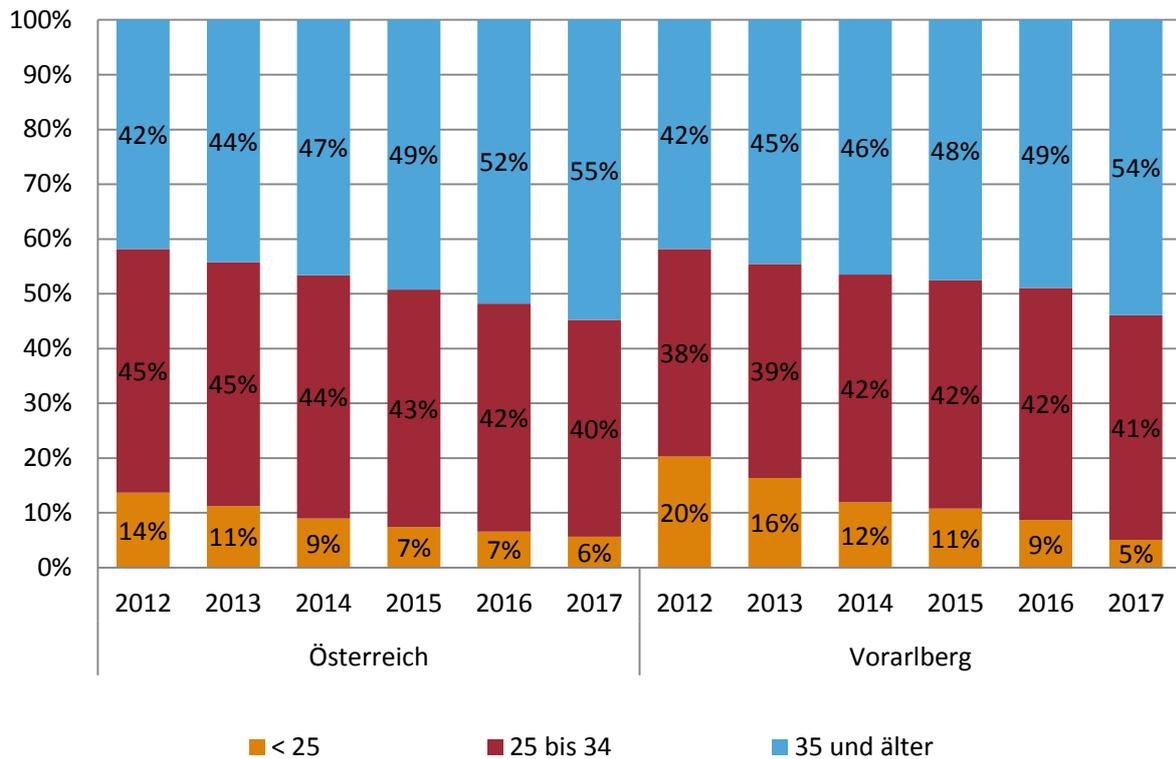
Der deutliche Rückgang bei jungen Personen mit Opioidproblematik lässt sich für Vorarlberg bei den Substitutionsbehandlungen, bei den Spitalsentlassungsdiagnosen und in DOKLI beobachten und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Bei den Substitutionsbehandlungen ist der Anteil zwischen 2012 und 2017 von 20 Prozent auf fünf Prozent, bei DOKLI (Hauptleitdroge Opioide) zwischen 2012 und 2016 von 26 Prozent auf 13 Prozent und bei den Spitalsentlassungen nach einer ICD-10-Diagnose zwischen 2012 und 2016 von 22 Prozent auf 12 Prozent zurückgegangen¹⁴.

Dies führt insgesamt zu einer „Alterung“ der Population mit Opioidproblematik, welche sich auch im Rahmen der Substitutionsbehandlung zeigt (vgl. Abbildung 2.7).

¹⁴

Die Werte von 2012 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr stellen, um Zufallsschwankungen auszugleichen, einen gemittelten Wert von drei Jahren dar (z. B.: Wert 2012 ergibt sich aus dem Mittelwert der Jahre 2011, 2012 und 2013)

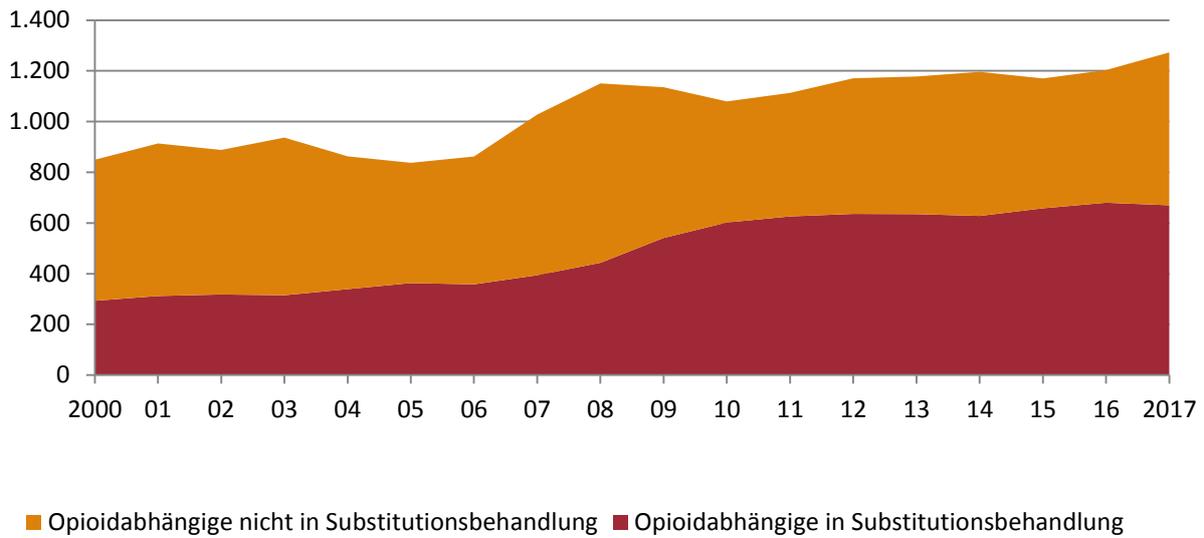
Abbildung 2.7: Altersverteilung bei Substitutionsbehandlungen in Österreich und Vorarlberg, Zeitreihe 2012 bis 2017



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Substitutionsbehandlung stellt die in Österreich mit Abstand häufigste Behandlungsform bei Opioidabhängigkeit dar. Abbildung 2.8 zeigt, dass es in Vorarlberg gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, bis 2010 zu steigern. Seither stagniert dieser Anteil jedoch bei etwas über 50 Prozent. Diese Entwicklung entspricht in etwa der Entwicklung in Österreich (vgl. Anzenberger et al. 2018). Insgesamt befanden sich im Jahr 2017 in Vorarlberg 670 Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung. Es ist aber zu beachten, dass die Schätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden für Vorarlberg aufgrund der geringen Populationsgröße etwas unsicher sind.

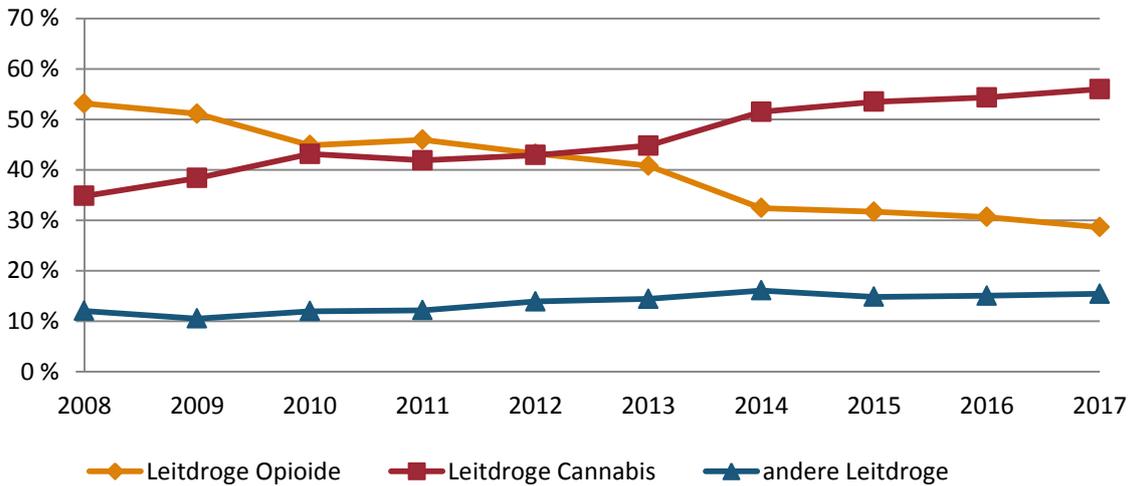
Abbildung 2.8: Opioidabhängige Personen nach Integration in Opioidsubstitutionsbehandlung



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

In den DOKLI-Daten zeigt sich auch im Zeitverlauf eine Zunahme der Leitdroge Cannabis und eine Abnahme der Leitdroge Opiode (vgl. Abbildung 2.9). Österreichweit ergibt sich ein ähnliches, wenn auch nicht ganz so stark ausgeprägtes Bild (vgl. Epidemiologiebericht Sucht 2018).

Abbildung 2.9: Alle im jeweiligen Jahr in den Einrichtungen der Vorarlberger Suchthilfe im Bereich illegaler Drogen durchgeführten Behandlungen nach Leitdrogen im Zeitverlauf (DOKLI), 2008–2017



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzen > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis); es wird der gleitende Mittelwert über jeweils 3 Jahre angegeben. Für das letzte dargestellte Jahr wurde der Rohwert dargestellt.

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2007 bis 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der risikoreiche Konsum illegaler Drogen im internationalen Vergleich

Österreich liegt mit einer Prävalenz von 600 bis 650 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum pro 100.000 15- bis 64-Jährige über dem EU-Wert von 550 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum pro 100.000 15- bis 64-Jährige. Im Ländervergleich rangiert Österreich an 5. Stelle hinter UK, Irland, Frankreich und Malta (EMCDDA 2018). Innerhalb Österreichs liegt Vorarlberg bei der Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums hinter Wien und Kärnten an dritter Stelle (vgl. Abbildung 2.6). Bei der Interpretation der Zahlen ist auch zu berücksichtigen, dass Opioide in Österreich traditionell mit Abstand die wichtigste illegale Droge im Rahmen des hochriskanten Drogenkonsums bilden. In anderen EU Ländern ist das nicht so (z. B. ist in der Tschechischen Republik Methamphetamin wesentlich wichtiger).

2.3.3. Drogenbezogene Infektionskrankheiten

HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) gelten als die drei wesentlichsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei intravenös Drogenkonsumierenden. Für Vorarlberg gibt es dazu im Zeitverlauf Daten aus der Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene. Dabei handelt es sich um eine stationäre Form der Therapie. Getestet wurden jeweils alle Patientinnen und Patienten. Das waren jährlich zwischen 50 und 100 Personen.

Die HIV-Prävalenz lag in dieser Gruppe in den Jahren 2012 bis 2017 mit Ausnahme des Jahres 2013 jeweils bei null. Im Jahr 2013 war eine von 100 getesteten Personen HIV-positiv. Die HBV-Prävalenz¹⁵ schwankte zwischen 2012 und 2017 zwischen null und acht Prozent.

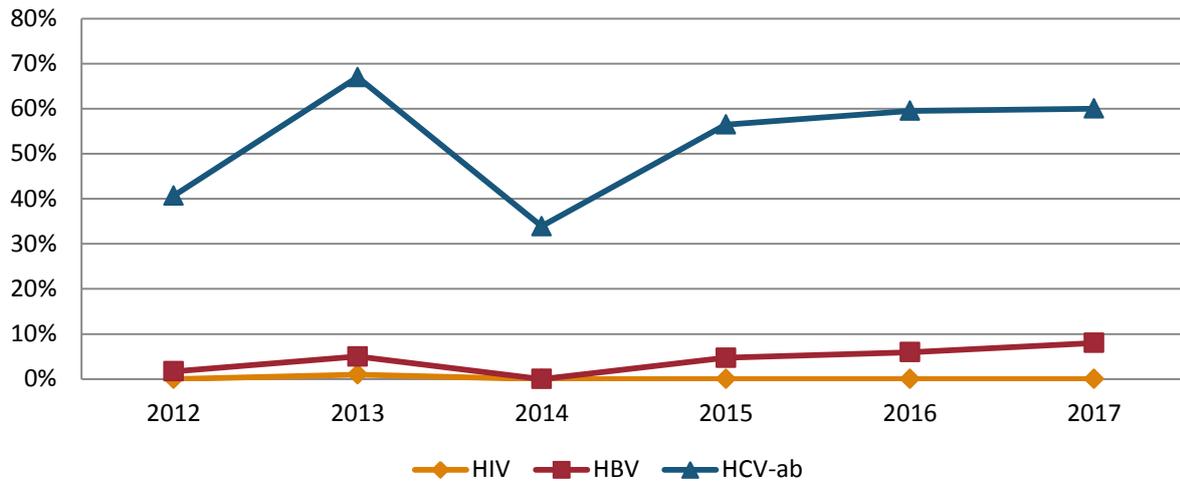
Hepatitis-C-Antikörper-(HCV-ab-)positiv waren in diesem Zeitraum jährlich zwischen 34 und 67 Prozent. Von den HCV-ab-positiven Patientinnen und Patienten, die des Weiteren auf HCV RNA getestet wurden, waren jährlich rund 50 bis 60 Prozent auch HCV-RNA-positiv.

Von den Größenordnungen her entsprechen die Prävalenzen in etwa jenen in anderen österreichischen Einrichtungen der Suchthilfe gemessenen (vgl. Horvath et al. 2018).

15

Die Hepatitis-B-Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis-B-Antikörper-Positivität nicht allein auf eine Hepatitis-B-Impfung zurückzuführen ist.

Abbildung 2.10: Prävalenz der drogenbezogenen Infektionskrankheiten HIV, HBV und HCV, Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene, 2012-2017



Quelle: Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene; Darstellung: GÖG

2.3.4. Drogenbezogene Todesfälle

Wie bei den Kennzahlen der Drogensituation bereits beschrieben, ist die Rate der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren im Zeitverlauf in Vorarlberg höher als in den anderen Bundesländern. Besonders deutlich zeigt sich dies im Vergleich mit Österreich ohne Wien¹⁶ (vgl. Abbildung 2.11). Aufgrund der statistisch gesehen kleinen Fallzahlen ist ein Vergleich zwischen den Bundesländern jedoch nur äußerst eingeschränkt möglich und die Zahlen schwanken zwischen den Jahren relativ stark. Im Jahr 2017 sind die drogenbezogenen Todesfälle sowohl in Österreich insgesamt als auch in Vorarlberg (6 Personen) gesunken (vgl. Tabelle 2.3).

Österreich liegt im Vergleich zu anderen europäischen Staaten bei den drogenbezogenen Todesfällen im mittleren Bereich¹⁷, allerdings unterscheiden sich die verschiedenen Länder einerseits in der Methodik der Messung, andererseits gibt es sehr starke Qualitätsunterschiede in der Erfassung der Todesfälle (die Qualität der österreichischen Statistik ist sehr hoch), weshalb ein Vergleich nicht wirklich möglich ist.

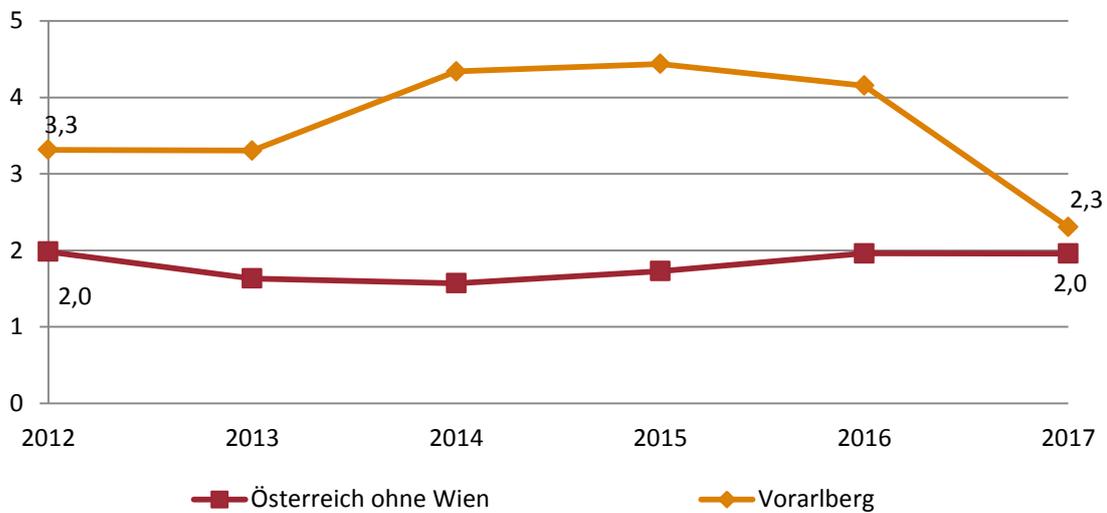
¹⁶

Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

¹⁷

http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drd_pl

Abbildung 2.11: Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren in Vorarlberg und Österreich (ohne Wien), geglätteter 3-Jahres-Wert, Zeitreihe 2012–2017



Anmerkung: Die geglätteten Raten stellen, um Zufallsschwankungen auszugleichen, den Mittelwert von drei Jahren dar, d. h. 3,3 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner für 2012 ist der Mittelwert aus den Jahren 2011, 2012 und 2013. Für das aktuellste Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 2.4: Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren, nach Bundesland, 2008-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	0,5	0,5	3,2	2,1	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6
Kärnten	1,9	1,6	1,6	1,1	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0
Niederösterreich	3,3	2,7	2,9	2,7	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4
Oberösterreich	3,0	3,0	1,3	1,5	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6
Salzburg	3,1	3,6	5,0	1,7	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4
Steiermark	2,6	1,2	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6
Tirol	3,8	3,1	3,7	4,7	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8
Vorarlberg	0,8	5,6	4,0	3,2	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3
Wien	6,6	7,7	6,4	8,2	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Österreich	3,6	3,7	3,3	3,5	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8

Quellen: GÖG - Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, STAT - Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 2.5 Direkt drogenbezogene Todesfälle, nach Bundesland (absolut), 2008-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	1	1	6	4	2	1	2	3	3
Kärnten	7	6	6	4	7	7	5	9	11
Niederösterreich	35	29	31	29	23	19	9	21	15
Oberösterreich	28	28	12	14	19	14	6	8	16
Salzburg	11	13	18	6	10	4	4	2	5
Steiermark	21	10	11	16	7	6	11	9	13
Tirol	18	15	18	23	14	14	12	14	24
Vorarlberg	2	14	10	8	7	10	8	15	11
Wien	77	90	75	97	72	63	65	72	67
Unbekannt	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	201	206	187	201	161	138	122	153	165

Anmerkung: Zum Vergleich der Bundesländer sollte die Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren herangezogen werden. Selbst dann sind die Zahlen aufgrund der statistisch gesehen kleinen Fallzahlen großen Schwankungen unterworfen und nur eingeschränkt vergleichbar.

Quellen: GÖG - Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

2.3.5. Statistik zu Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung

Aus Anzeigen in Zusammenhang mit Suchtgiften können keine direkten Rückschlüsse auf (einen problematischen) Drogenkonsum gezogen werden. Außerdem spiegelt die Zahl der Anzeigen auch die Polizeiaktivität (im öffentlichen Raum) wider, und gesetzliche Änderungen können zum Anstieg bzw. zur Reduktion von Anzeigen führen (z. B. Einführung des Straftatbestands „Drogenhandel im öffentlichen Raum“ mit 1. Juni 2016).

Dennoch kann man ergänzend zu anderen Daten darauf zurückgreifen. Österreichweit ist die Zahl der Anzeigen zwischen 2012 und 2017 stark gestiegen, was vor allem auf Anzeigen wegen Cannabis zurückzuführen ist. In Vorarlberg ist dieser kontinuierliche Anstieg jedoch nicht zu sehen, die Zahlen schwanken zwischen den Jahren. Jedoch ist auch in Vorarlberg der Großteil der Anzeigen auf Cannabis zurückzuführen. Der Anteil der drogenbedingten Anzeigen in Vorarlberg an allen diesbezüglichen Anzeigen liegt im Zeitverlauf zwischen vier und knapp sechs Prozent.

Tabelle 2.6: Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/
Suchtmittel in Vorarlberg und Österreich, Zeitreihe 2012 bis 2017

Suchtgift/Suchtmittel	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis	1.312	1.143	1.247	1.162	1.288	1.395
Heroin und Opiate	97	79	83	74	130	100
Kokain und Crack	156	185	194	211	195	204
Amphetamin ¹	111	128	86	97	87	97
Methamphetamin ¹	n. v.	26	18	9	21	16
LSD	11	21	11	6	12	12
Ecstasy	25	30	56	54	68	65
Mephedron	2	0	0	0	0	-
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	40	36	43	29	39	17
sonstige Suchtgifte*	5	10	11	4	18	23
psychotrope Substanzen	2	3	9	4	8	1
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	27	24	23	5	24	7
Drogenausgangsstoffe	0	0	0	0	0	-
Gesamtzahl Vorarlberg** (inkl. NPS und psychotrope Stoffe)	1.419	1.277	1.420	1.315	1.536	1.607
Gesamtzahl Österreich** (inkl. NPS und psychotrope Stoffe)	23.890	28.345	30.353	32.937	36.283	42.699
Anteil Vorarlberg an Österreich (in %)	5,9	4,5	4,7	4,0	4,2	3,8

¹ Methamphetamin wurde erst ab 2013 getrennt angegeben, bis dahin wurde es unter Amphetamin subsumiert.

*Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

*** Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Summe von der Gesamtanzahl der Anzeigen.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Bei der Interpretation der Daten in Hinblick auf Alternativen zur Bestrafung ist zu berücksichtigen, dass diese sich, genauso wie die Anzeigendaten, auf Straftaten beziehen, die in Vorarlberg begangen wurden. Es sind daher Vorarlberger, die in anderen Bundesländern straffällig wurden, nicht inkludiert, dafür aber Straftaten von Nichtvorarlbergern in Vorarlberg. Auch können sich Alternativen zur Bestrafung auf Straftaten der Vorjahre beziehen. Dennoch kann das Verhältnis zwischen Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung grobe Hinweise auf den Umgang mit Straftaten nach dem SMG liefern. Es zeigt sich, dass im Jahr 2016 österreichweit 0,73 Alternativen zur Bestrafung auf eine Anzeige kommen, in Vorarlberg hingegen 0,87. Die Gegenüberstellung Anzahl der Anzeigen und Anzahl der Alternativen zur Bestrafung wird in dieser Form im vorliegenden Bericht erstmals vorgenommen und ist daher mit großer Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 2.7: Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung in Österreich nach Bundesländern, 2016

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
Anzeigen SMG	895	1.646	4.153	6.006	2.106	3.363	3.987	1.498	12.203	35.857
§ 35 SMG ¹	613	1.318	2.798	4.372	1.803	2.319	2.436	1.186	6.964	23.809
§ 37 SMG ²	27	116	284	325	61	236	222	65	521	1.857
§ 39 SMG ³	8	31	27	52	21	37	31	57	297	561
Verhältnis ⁴	0,72	0,89	0,75	0,79	0,90	0,77	0,67	0,87	0,64	0,73

SMG = Suchtmittelgesetz

¹ vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft

² vorläufige Einstellung durch das Gericht

³ Aufschub des Strafvollzugs

⁴ Verhältnis Anzahl der Alternativen zur Bestrafung/Anzahl der Anzeigen

Quelle: BMI/BK, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG



Auf einen Blick

Laut Befragungsdaten hat etwa ein Viertel der befragten Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe in Vorarlberg mindestens **einmal im Leben Cannabis konsumiert**, in den letzten 30 Tagen deutlich weniger (ca. jede 10. Person). Bei den **Erwachsenen** liegt die **Lebenszeitprävalenz** geringfügig **unter jener der Jugendlichen** und die 30-Tage-Prävalenz deutlich niedriger. Die Werte für **Vorarlberg entsprechen in etwa jenen von Österreich**.

Über alle Datenquellen hinweg betrachtet dominieren in Vorarlberg **Opioide als Leitdroge** und es ergibt sich diesbezüglich ein ähnliches Bild wie in Österreich insgesamt. Neben dem hochrisikanten Konsum von Opioiden scheint **Cannabis in Vorarlberg** eine etwas **größere Rolle** zu spielen als in den **anderen Bundesländern**.

Bei der Prävalenzschätzung des **risikoreichen Konsums illegaler Drogen** mit Beteiligung von Opioiden liegt Vorarlberg mit 353 bis 617 Betroffenen pro 100.000 15- bis 64-Jährige etwas **über den Ergebnissen der meisten anderen Bundesländer**.

Die Situation beim **problematischen Drogenkonsum ist in Vorarlberg** im Vergleich zu den anderen Bundesländern **etwas schlechter**, jedoch über die letzten Jahre **relativ stabil** geblieben. Die **Alterung der Personen mit problematischem Drogenkonsum** zeigt sich auch in den Vorarlberger Daten.

Beim risikoreichen Opioidkonsum liegt Österreich innerhalb der EU an 5. Stelle. **Vorarlberg** liegt innerhalb Österreichs bei der Prävalenz des **risikoreichen Opioidkonsums** hinter Wien und Kärnten an **dritter Stelle**.

HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) gelten als die drei wesentlichsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei intravenös Drogenkonsumierenden. Von den Größenordnungen her entsprechen die Prävalenzen (**hohe Prävalenz** um 60 % bei **Hepatitis C** und **niedrige** um 0 % bei **HIV**) in etwa jenen, die in anderen österreichischen Einrichtungen der Suchthilfe gemessen wurden.

Die Rate der **drogenbezogenen Todesfälle** pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren ist im Zeitverlauf in **Vorarlberg etwas höher als in den anderen Bundesländern**. Im Jahr **2017** ist die **Anzahl** sowohl in Österreich als auch in Vorarlberg wieder **gesunken**.

Der **Großteil der Anzeigen aufgrund von Suchtgift** in Österreich und Vorarlberg ist auf **Cannabisanzeigen** zurückzuführen. Österreichweit ist zwischen 2012 und 2017 ein kontinuierlicher **Anstieg suchtgiftbezogener Anzeigen** zu beobachten, in Vorarlberg schwanken die Zahlen über die Jahre. Auf **100 Anzeigen nach dem SMG** kommen in **Vorarlberg 87 Alternativen zur Bestrafung**.

2.4. Psychopharmaka

2.4.1. Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln laut Schülerbefragungen

Laut ESPAD-Daten für Vorarlberg haben fünf Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe (14- bis 17-Jährige) schon mindestens einmal in ihrem Leben Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen, ohne dass diese von einem Arzt verschrieben wurden (5 % der Buben, 4 % der Mädchen). Diese Zahl bedeutet allerdings nicht, dass auch eine missbräuchliche Verwendung vorlag. Explizit auf eine missbräuchliche Verwendung zielt hingegen jene Frage ab, der zufolge drei Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler Schmerzmittel konsumiert haben, um „high“ zu werden (Buben und Mädchen jeweils 3 %). Diese Ergebnisse bewegen sich etwa im selben Bereich wie die österreichweiten Ergebnisse (Strizek et al. 2016) bzw. die Ergebnisse der internationalen Studie (The ESPAD Group 2016). Insgesamt sind jedoch Selbstauskünfte zum Gebrauch oder Missbrauch von Psychopharmaka immer mit Vorsicht zu interpretieren, da erfahrungsgemäß vielen Personen eine klare Abgrenzung zwischen Psychopharmaka und „Hausmitteln“ (z. B. Baldriantropfen) schwerfällt.

2.4.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden zwischen 2012 und 2016 jährlich etwa 110 bis 150 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger (3 bis 4 Personen je 10.000 Einwohner) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit entlassen. 50 bis 60 Prozent der Diagnostizierten sind Männer. Die Diagnose wird zu etwa 20 Prozent als Hauptdiagnose gestellt.

Betreffend die Häufigkeit, mit der die Diagnose gestellt wird, liegen die Vorarlbergerinnen und Vorarlberger mit 3 bis 4 Personen je 10.000 Einwohner pro Jahr unter dem österreichischen Durchschnitt von 6 bis 7 Personen je 10.000 Einwohner. Bei Österreicherinnen und Österreichern sind es im Gegensatz zu den Personen aus Vorarlberg knapp mehr Frauen (rund 55 Prozent der Diagnostizierten) als Männer, die eine Diagnose Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit erhalten. Das Verhältnis Haupt- zu Nebendiagnosen entspricht in etwa jenem der Österreicherinnen und Österreicher.

Mit der Diagnose *Vergiftung durch Medikamentenmissbrauch* wurden zwischen 2012 und 2016 jährlich an die 25 bis 45 Personen aus Vorarlberg (rund eine Personen je 10.000 Einwohner) aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Die Diagnose wird etwas öfter bei Frauen als bei Männern gestellt, zu 50 bis 60 Prozent als Hauptdiagnose.

Hinsichtlich der Häufigkeit, mit der die Diagnose Vergiftung durch Medikamentenmissbrauch gestellt wird, liegen die Vorarlbergerinnen und Vorarlberger mit rund einer Person je 10.000 Einwohner pro Jahr knapp über dem österreichischen Durchschnitt von rund 0,5 Personen je 10.000 Einwohner. Das Verhältnis Männer zu Frauen liegt österreichweit etwa bei 40 zu 60 und fällt etwas eindeutiger als bei den Vorarlbergerinnen und Vorarlberger zuungunsten der Frauen aus. Die Diagnose wird österreichweit zu 40 bis 50 Prozent als Hauptdiagnose gestellt.

Die Diagnose Missbrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen erhalten jährlich zwischen 5 und 13 Personen aus Vorarlberg (0,1 bis 0,4 Personen je 10.000 Einwohner) bei der Entlassung aus einer stationären Krankenanstalt. Zwischen 60 und 85 Prozent der Diagnostizierten sind Frauen. Die Diagnose wird in bis zu 30 Prozent der Fälle als Hauptdiagnose gestellt.

Tabelle 2.8: Diagnosecluster Medikamente (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen und Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl / 10.000 Vorarlberger/-innen
Medikamentenmissbrauch/Abhängigkeit F 13.1 Schädlicher Gebrauch von Sedativa u. Hypnotika F 13.2 Abhängigkeitssyndrom bei Sedativa u. Hypnotika F 13.3 Entzugssyndrom bei Sedativa u. Hypnotika F 13.4 Entzugssyndrom m. Delir bei Sedativa u. Hypnotika	2012	124	48:52	17,7 %	3
	2013	113	41:59	21,2 %	3
	2014	131	47:53	28,2 %	3
	**2015	**142	46:54	13,2 %	**4
	2016	146	52:48	18,4 %	4
Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch F 13.0 Akute Intoxikation durch Sedativa u. Hypnotika	2012	45	44:56	51,1 %	1
	2013	38	42:58	50,0 %	1
	2014	32	56:44	53,1 %	1
	**2015	**44	62:38	61,6 %	**1
	2016	26	74:26	50,4 %	1
Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen F 55 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	2012	13	69:31	23,1 %	0,4
	2013	5	60:40	0,0 %	0,1
	2014	7	86:14	28,6 %	0,2
	**2015	**11	71:29	0,0 %	**0,3
	2016	10	80:20	10,0 %	0,3

*Patientinnen und Patienten mit Hauptwohnsitz in Vorarlberg, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2012 bis 2016 entlassen wurden

**Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012-2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

0,4 bis 0,5 Österreicherinnen und Österreicher je 10.000 Einwohner/-innen erhalten jährlich die Diagnose Missbrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen. Etwa 70 Prozent der Diagnostizierten sind Frauen. Die Diagnose wird in 6 bis 8 Prozent der Fälle als Hauptdiagnose gestellt.

2.4.3. Analyse des Konsums ausgewählter Psychopharmaka bei Personen in Substitutionsbehandlung

Die VGKK führte eine Auswertung durch, die sich dem Benzodiazepin-Konsum von Personen in Substitutionsbehandlung widmete. Betrachtet wurden die Wirkstoffgruppen N05B (Anxiolytika), N05C (Hypnotika und Sedativa) sowie die Untergruppe N05CF (Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe), in denen jedoch auch Substanzen enthalten sind, die nicht den Benzodiazepinen zugeordnet werden. Aus den Daten wird ersichtlich, dass in den Jahren 2012 bis 2017 zwischen 258 und 375 Personen in Substitutionsbehandlung zusätzlich Präparate aus den genannten ATC-Gruppen¹⁸ verordnet bekamen – Tendenz rückläufig. Dies entspricht einem Anteil von 2,2 bis 3,7 Prozent an jenen VGKK-Versicherten, die in diesem Zeitraum Verordnungen in diesen Wirkstoffgruppen erhielten. Im Betrachtungszeitraum zeigt sich eine leichte Zunahme der hier untersuchten Verordnungen für alle VGKK-Versicherten, während es bei den Substitutionspatientinnen und -patienten zu einem moderaten Rückgang kam.

2017 erhielten in Vorarlberg rund 43 Prozent aller Personen in Substitutionsbehandlung Verordnungen aus zumindest einer der ausgewerteten Wirkstoffgruppen (vgl. Abschnitt 2.3.2). Personen in Substitutionsbehandlung erhielten durchschnittlich deutlich mehr Packungen pro Kopf und Jahr verordnet als jene ohne Substitutionsbehandlung. Während es bei Letzteren zu einem leichten Rückgang bei der durchschnittlichen Verordnungszahl pro Kopf und Jahr kam (2012: 8,42 Verordnungen; 2013-2017 jeweils unter acht Verordnungen), erhöhte sich diese Zahl bei Personen in Substitutionsbehandlung deutlich (2012: rd. 41 Verordnungen; 2013: rd. 57, 2017: rd. 50).

Für den großen Unterschied zwischen Personen mit und ohne Substitutionsbehandlung sind verschiedene Gründe wie z. B. unterschiedliche Dauer der Medikation (z. B. aufgrund von Abhängigkeit, vgl. BMG 2012) denkbar. Auch die verordneten Packungsgrößen sowie Dosierungen können sich unterscheiden.

Die meisten Verordnungen wurden von Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern durchgeführt. An zweiter Stelle rangieren Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie. Andere Ärztegruppen sowie die Verordnungen aus Krankenanstalten spielen eine untergeordnete Rolle.

Bei der VGKK langen nur abgerechnete Rezepte von VGKK-Versicherten ein, d.h. es ist nicht bekannt, wie viele Rezepte ursprünglich ausgestellt, aber nicht in der Apotheke eingelöst wurden. Zudem werden Privatrezepte nicht erfasst. Viele Arzneimittel mit den gegenständlichen Wirkstoffen weisen einen Preis unter der Rezeptgebühr auf. Auch diese Käufe scheinen nicht auf, außer die Versicherten sind rezeptgebührenbefreit. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Daten sich ausschließlich auf den niedergelassenen Bereich beziehen.

¹⁸

Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem (engl. anatomical therapeutic chemical / defined daily dose classification)

2.4.4. Daten zur Verschreibung ausgewählter Psychopharmaka

Die nachstehend analysierten Verordnungen für ausgewählte Psychopharmaka wurden von der VGKK bereitgestellt und betreffen die ATC-Gruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate), N05CD (Benzodiazepin-Derivate) und N05CF (Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe). Die Wirkstoffgruppen unterscheiden sich demnach von jenen in Abschnitt 2.4.3, wo mit N05B und N05C eine übergeordnete Wirkstoffgruppe betrachtet wurde.

Insgesamt kam es in den Jahren 2012 bis 2017 bei den drei betrachteten Wirkstoffgruppen zu einem Rückgang beim Anteil jener VGKK-Versicherten, die zumindest eine Verordnung pro Jahr erhielten. Lediglich bei den Männern über 59 Jahre kam es zu einer leichten Zunahme. Bei der Betrachtung der einzelnen Wirkstoffe zeigt sich ein Rückgang in der ATC-Gruppe N05BA und N05CD, jedoch ein Anstieg in der Gruppe N05CF (2012: 0,54 % der Versicherten, 2017: 0,75 %), in der Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe enthalten sind. In „defined daily doses“ (DDD¹⁹) gemessen, stiegen die abgerechneten DDD pro Kopf und Jahr an. Die Zunahme der insgesamt verordneten DDDs aus allen analysierten Wirkstoffgruppen bei gleichzeitiger Abnahme der Personen mit mindestens einer Verordnung bedeutet, dass in den letzten Jahren tendenziell mehr DDDs pro Patientin und Patient verordnet wurden. Dies kann mehrere Ursachen wie z. B. Unterschiede in Packungsgrößen oder mehr langfristige Verschreibungen haben.

Gemessen an den verordneten DDD, wurden die analysierten Wirkstoffgruppen in den Jahren 2012 bis 2017 zum größten Teil von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin verschrieben. An zweiter und dritter Stelle stehen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Neurologie und andere Facharztgruppen. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich stellen also eine zentrale Gruppe dar, wenn es um Psychopharmakotherapie geht. Eine Aussage darüber, ob Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner auch die meisten Erstverordnungen ausstellen oder vorwiegend Folgeverordnungen vornehmen, ist allerdings nicht möglich.

Grundsätzlich erhalten – ein international bekanntes Phänomen – mehr Frauen als Männer Verordnungen aus den untersuchten Wirkstoffgruppen, wobei die Zahl der Frauen mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2017 im Vergleich zu 2012 leicht rückläufig war (2012: 3,43 % der Frauen; 2017: 3,21 %), jene der Männer hingegen stabil blieb (2012 und 2017: 1,93 % der Männer). Im Jahr 2012 wurde für 2,71 Prozent der VGKK-Versicherten mindestens eine Verordnung aus einer der Wirkstoffgruppen abgerechnet, 2017 waren es 2,59 Prozent.

Während 2012 0,58 Prozent der 15- bis 29-Jährigen die gegenständlichen Wirkstoffe verordnet bekamen, waren es 2017 noch 0,43 Prozent, wobei die Jahre 2013 bis 2016 auf eine kontinuierliche Abnahme hindeuten. In dieser Altersgruppe erhalten mehr Männer als Frauen Verordnungen aus den betrachteten Wirkstoffgruppen. Der Anteil der 30- bis 59-Jährigen, die diesbezügliche Verordnungen erhielten, blieb im Zeitraum 2012 bis 2017 mit rund zwei Prozent relativ stabil. Bei den VGKK-Versicherten ab 60 Jahren kam es im Betrachtungszeitraum zu einer Abnahme dieser Verordnungen:

¹⁹

DDD (defined daily dosis) ist eine international standardisierte Messgröße, die die durchschnittliche Tagesdosis für eine Erwachsene / einen Erwachsenen für die Hauptindikation eines Wirkstoffes beschreibt. Sie erlaubt keine Aussage bezüglich der tatsächlichen therapeutischen Dosis.

Im Jahr 2012 erhielten noch 2,15 Prozent dieser Altersgruppe mindestens eine Verordnung aus den analysierten Wirkstoffgruppen (1,52 % der Männer und 2,60 % der Frauen), 2017 waren es nur mehr 1,72 Prozent (1,39 % der Männer sowie 1,95 % der Frauen). In dieser Gruppe ist der Frauenanteil bei den Verschreibungen am höchsten.

Die Zahl der Personen mit mindestens einer Verordnung für Flunitrazepam hat sich von 2012 bis 2017 beinahe halbiert (2012: 0,20 % der Versicherten; 2017: 0,11 %). Eine mögliche Erklärung dafür ist die *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* (BMG 2012) sowie die nunmehr notwendige Verordnung mittels Suchtgiftrezepts. Der starke Rückgang spiegelt auch die Entwicklung in ganz Österreich wider (vgl. Busch et al. 2016). Für Oxazepam erhielten 2012 etwa 0,30 Prozent der VGKK-Versicherten mindestens eine Verordnung. Im Verlauf bis 2017 stiegen die betreffenden Zahlen leicht und lagen 2017 bei 0,33 Prozent.

2.4.5. Anzeigenstatistik

Die polizeilichen Anzeigen in Vorarlberg und Gesamtösterreich betreffend suchtgifthaltige Medikamente (inklusive Substitutionsmitteln) und Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten, wurden einander für die Jahre 2012-2017 gegenübergestellt. Im Vorjahr kam es in Österreich bei beiden Medikamentengruppen zu einem Aufschwung bei den Anzeigen. Zuvor zeichnete sich eine deutliche Abwärtstendenz ab. Auch in Vorarlberg nahm die Zahl der Anzeigen seit 2012 tendenziell ab. Während 2012 noch 40 Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente inkl. Substitutionsmitteln verzeichnet wurden, waren es 2017 nur noch 17. Bei den psychotropen Medikamenten stehen 27 Anzeigen im Jahr 2012 lediglich 7 Anzeigen im Jahr 2017 gegenüber. Die geringe Gesamtzahl lässt kaum Interpretationen zu. Im Jahr 2015 waren es etwa 5 Anzeigen wegen psychotroper Medikamente, im Jahr 2016 wieder 24. Die Anzeigenstatistik spiegelt immer auch Schwerpunktsetzungen der Exekutive wider und wird unter anderem auch von Außengrenzen und Transitrouten für illegale Drogen mit beeinflusst.



Auf einen Blick

Jede zwanzigste Schülerin und jeder zwanzigste Schüler der 9. und 10. Schulstufe hat schon einmal **Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen**, ohne dass diese von einem Arzt verschrieben wurden. Diese Zahl bedeutet allerdings nicht, dass auch eine missbräuchliche Verwendung vorlag.

Etwa 140 in Vorarlberg lebende Personen (rund **0,04 % der Bevölkerung**) werden pro Jahr mit einer **Diagnose Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit** aus einer stationären Krankenanstalt entlassen.

2017 erhielten in Vorarlberg **43 Prozent der Personen in Substitutionsbehandlung** mindestens eine Verordnung für **Psychopharmaka aus den untersuchten Wirkstoffgruppen** (Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa, Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe). Personen in Substitutionsbehandlung erhielten durchschnittlich deutlich mehr Packungen pro Kopf und Jahr verordnet als jene ohne Substitutionsbehandlung. Während sich die **Packungszahl pro Kopf** und Jahr in den letzten Jahren **im Vergleich zu 2012 erhöhte**, ging die **Zahl der Personen in Substitutionsbehandlung**, die überhaupt Verschreibungen aus diesen Wirkstoffgruppen erhielten, **zurück**.

Insgesamt kam es in den Jahren 2012 bis 2017 bei den betrachteten Wirkstoffgruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate), N05CD (Benzodiazepin-Derivate) und N05CF (Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe) zu einem **Rückgang beim Anteil jener VGKK-Versicherten, die zumindest eine Verordnung pro Jahr erhielten**. Die abgerechnete „Menge“ pro Kopf und Jahr stieg hingegen im selben Zeitraum an. Dies kann mehrere Ursachen wie z. B. veränderte Packungsgrößen oder vermehrt langfristige Verschreibungen haben. Zwischen den Wirkstoffgruppen kam es zu **Verschiebungen, weg von Benzodiazepinen und hin zu Benzodiazepin-ähnlichen Wirkstoffen**. Grundsätzlich erhalten – ein international bekanntes Phänomen – **mehr Frauen als Männer Verordnungen aus den untersuchten Wirkstoffgruppen**. Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich stellten den Großteil der Verordnungen aus und spielen damit eine zentrale Rolle in der Psychopharmakotherapie.

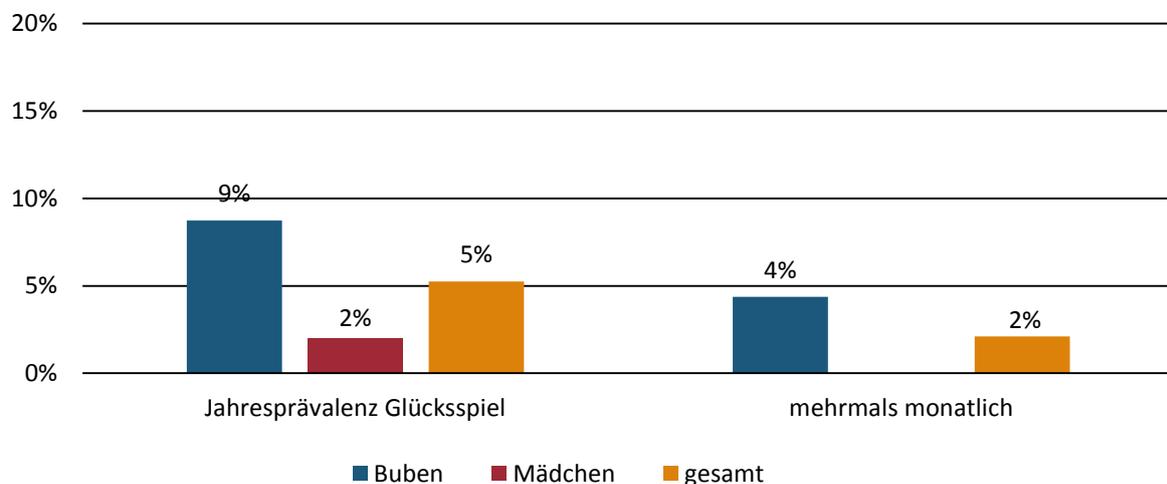
2.5. Glücksspiel und Sportwetten

2.5.1. Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Schüler nehmen deutlich häufiger an Glücksspielen oder Sportwetten mit Geldeinsatz teil als Schülerinnen. Laut der Schülerbefragung ESPAD (9. und 10. Schulstufe, 14- bis 17-Jährige) geben fünf Prozent der Jugendlichen an, im letzten Jahr an Glücksspielen oder Sportwetten mit Geldeinsatz teilgenommen zu haben (9 % der Buben, 2 % der Mädchen). Zwei Prozent der Jugendlichen berichten, dass sie mehrmals monatlich an Glücksspielen oder Sportwetten mit Geldeinsatz teilnehmen (4 % der Buben, 0 % der Mädchen). Wird nach der Art des Glücksspiels unterschieden, so werden am häufigsten Karten- oder Würfelspiele genannt (Jahresprävalenz online: 4 %; Jahresprävalenz herkömmliches Setting: 8 %). Glücksspielautomaten, denen ein besonders hohes Suchtpotenzial zugesagt wird, werden hingegen deutlich seltener genannt (Jahresprävalenz online: 1 %; Jahresprävalenz herkömmliches Setting: 2 %).

In Relation zu den österreichweiten Ergebnissen (Jahresprävalenz: 7 %, „mehrmals monatlich“: 3 %) bzw. zum Durchschnitt der an ESPAD teilnehmenden Länder (Jahresprävalenz: 14 %; „mehrmals monatlich“: 7 %) fallen die Ergebnisse in Vorarlberg niedriger aus.

Abbildung 2.12: Prävalenz des Glücksspiels mit Geldeinsatz unter Schülerinnen und Schülern in Vorarlberg

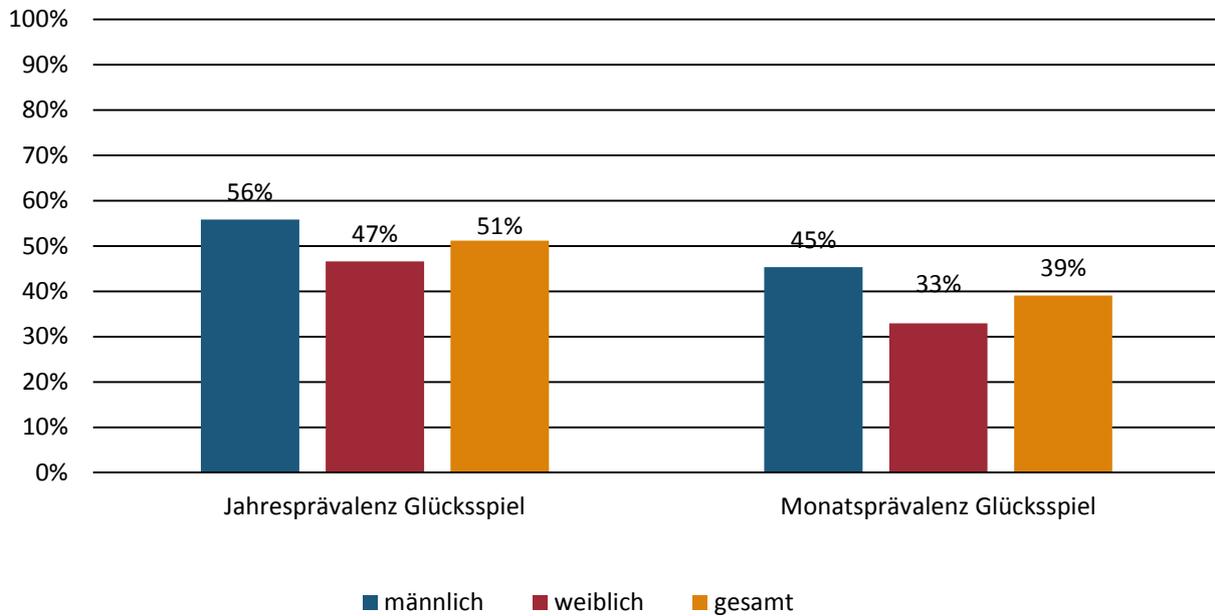


Quelle: ESPAD 2015, Sonderauswertung für Vorarlberg; Darstellung: GÖG

Befragungsdaten aus der Bevölkerung 15+ zeigen, dass die Teilnahme an Glücksspielen – auch auf regelmäßiger Basis – keineswegs ein außergewöhnliches Verhalten ist (vgl. Abbildung 2.13). Dabei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass der Großteil der Personen in erster Linie Lotto spielt, dem aufgrund der reglementierten Spielfrequenz nur ein geringes Suchtpotenzial zugesprochen wird. Über 70 Prozent der Personen, die im letzten Jahr an Glücksspielen teilgenommen haben, haben das

meiste Geld für Lotto ausgegeben. Glücksspielautomaten, denen das höchste Suchtpotenzial zugesprochen wird, werden hingegen vergleichsweise selten als jene Glücksspielart genannt, bei der am meisten Geld ausgegeben wurde (3 % der Spielerinnen und Spieler des letzten Jahres).

Abbildung 2.13: Teilnahme an Glücksspielen oder Sportwetten mit Geldeinsatz in der Bevölkerung 15+



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015, Sonderauswertung für Vorarlberg; Darstellung: GÖG

Sowohl die Jahres- als auch die Monatsprävalenz entspricht den österreichweiten Ergebnissen.

2.5.2. Daten bezüglich Behandlung und Personen in Behandlung, Morbidität

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden zwischen 2012 und 2016 jährlich zwischen 18 und 28 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger (rund eine Person je 10.000 Einwohner) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose pathologisches Spielen entlassen. Etwa 90 Prozent davon sind Männer. Die Diagnose wird je nach Jahr bei einem Viertel bis zu 50 Prozent der davon Betroffenen als Hauptdiagnose gestellt.

In Hinblick auf die Häufigkeit, mit der die Diagnose pathologisches Spielen gestellt wird, liegen die Vorarlbergerinnen und Vorarlberger mit rund einer Person je 10.000 Einwohner pro Jahr exakt im österreichischen Durchschnitt. Das Verhältnis Männer zu Frauen liegt österreichweit etwa bei 85:15. Die Diagnose wird österreichweit bei einem Drittel bis 40 Prozent der solcherart Diagnostizierten als Hauptdiagnose gestellt.

Tabelle 2.9: Diagnosecluster pathologisches Spielen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Vorarlbergerinnen und Vorarlberger* in stationärer Behandlung, 2012-2016

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen und Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl / 10.000 VorarlbergerInnen
Pathologisches Spielen F 63.0 Pathologisches Spielen	2012	18	11:89	50,0 %	0
	2013	25	08:92	48,0 %	1
	2014	20	10:90	25,0 %	1
	**2015	**28	14:86	39,3 %	**1
	2016	25	12:88	28,0 %	1

*Patientinnen und Patienten mit Hauptwohnsitz in Vorarlberg, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2012 bis 2016 entlassen wurden

**Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012-2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Von 2012 bis 2017 wurden in den drei Beratungsstellen Clean insgesamt 623 Klientinnen und Klienten mit einer Glücksspielproblematik behandelt. In diesem Zeitraum entfielen 65 Prozent der Betreuungsverhältnisse auf langfristige Betreuungen. Sowohl bei langfristigen als auch bei kurzfristigen Betreuungen überwiegt der Anteil der männlichen Klienten mit einer Glücksspielproblematik deutlich (langfristig: 86 %, kurzfristig: 85 %).



Auf einen Blick

Fünf Prozent der Jugendlichen nehmen zumindest **einmal jährlich an Glücksspielen oder Sportwetten** teil, **zwei Prozent mehrmals monatlich**. Die Jahresprävalenz der Jugendlichen aus Vorarlberg liegt dabei **unter dem österreichischen Durchschnitt**. Die Jahresprävalenz bei der erwachsenen Bevölkerung liegt bei 51 Prozent, 39 Prozent der Vorarlberger/-innen über 15 Jahre nehmen zumindest einmal im Monat an Glücksspielen oder Sportwetten teil.

Etwa **25 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger** (rund 0,01 % der Bevölkerung) werden jährlich mit der **Diagnose pathologisches Spielen** aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Rund **90 Prozent** davon sind **Männer**.

2.6. Pilotstudie zum abwasserbasierten Drogenmonitoring in Vorarlberg

Assoz. Prof. Dr. Herbert Oberacher und Anna-Lena Grabher

Institut für Gerichtliche Medizin und Core Facility Metabolomics, Medizinische Universität Innsbruck

Laut Suchtmittelgesetz sind in Österreich die Erzeugung und Verarbeitung, die Einfuhr und Ausfuhr sowie der Erwerb und Besitz von Drogen verboten. Um sich der staatlichen Aufsicht, Kontrolle und Regulierung zu entziehen, findet der Handel mit illegalen Drogen am Schwarzmarkt statt. Die Größe und das Volumen des illegalen Drogenmarktes können von staatlicher Seite nur indirekt bestimmt werden. Wichtige Monitoringinstrumente sind repräsentative Bevölkerungsbefragungen sowie die statistische Auswertung von Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz, von drogenbedingten Diagnose-daten, von Substitutionsdaten und der Anzahl von drogenbezogenen Infektionskrankheiten und Todesfällen (siehe Kapitel 2.3). Jede dieser etablierten Datenquellen hat ihre Stärken und Schwächen. In ihrer Gesamtheit aber ergeben sie einen guten Überblick über den Drogenkonsum der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen.

Eine relativ neue, aber zunehmend an Bedeutung gewinnende Monitoringmethode ist die Abwasseranalytik. Die große Stärke des abwasserbasierten Drogenmonitorings liegt in der Möglichkeit, mit hoher zeitlicher und räumlicher Auflösung zeitnahe Informationen über den Drogenkonsum der Bevölkerung zu liefern (vgl. Garcia-Lor et al. 2017, Castiglioni et al. 2014, Ort et al. 2014).

Grundlage des Abwassermonitorings ist die quantitative Bestimmung von ausgewählten Konsummarkern (= Drogen bzw. deren Stoffwechselprodukte) im in die Kläranlage zulaufenden Abwasser und die daraus mögliche Rückrechnung der von der im Einzugsgebiet der Kläranlage befindlichen Bevölkerung konsumierten Drogenmengen (Zuccato et al. 2008).

Das abwasserbasierte Drogenmonitoring umfasst folgende Schritte: (1) Entnahme einer repräsentativen Stichprobe (24-Stunden-Mischprobe) des in die Kläranlage zulaufenden Abwassers. (2) Quantitative Analyse der einzelnen Konsummarker in der Abwasserprobe mit validen und nachweisempfindlichen Methoden. (3) Berechnung von Kenngrößen zur Abschätzung des Umfangs des Konsums der einzelnen Drogen in der Bevölkerung. In die Rückrechnung fließen Daten der Kläranlage (Zuflussmenge, Einwohnerwerte) sowie die für eine Droge spezifischen pharmakokinetischen Parameter (= mittlere Ausscheidungsrate) ein. Das Untersuchungsergebnis wird zumeist als die an einem Tag konsumierte Menge einer Droge pro 1000 Einwohner angegeben.

Die im Abwasser am häufigsten untersuchten Drogenwirkstoffe sind Kokain (Konsummarker: Benzoylcegonin), Amphetamin, Methamphetamin, 3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin (MDMA), Tetrahydrocannabinol (THC, Konsummarker: 11-Nor-9-carboxy- Δ -9-tetrahydrocannabinol), Methadon (Konsummarker: EDDP) und Heroin (Konsummarker: 6-Acetylmorphin).

Das abwasserbasierte Drogenmonitoring wird in vielen europäischen Staaten seit Jahren erfolgreich eingesetzt. Seit 2011 findet außerdem jährlich eine von der „Sewage analysis CORE group Europe (SCORE)“ koordinierte Monitoringstudie statt (Ort et al. 2014). Dabei kooperieren die führenden Wissenschaftler auf dem Gebiet der Abwasseranalyse miteinander, um einen auf Abwasserdaten basierenden Vergleich des Drogenkonsums über Ländergrenzen hinweg zu ermöglichen. Die Publikation der Ergebnisse erfolgt durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

(EMCDDA) und das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) als Teil der jeweiligen Berichte zur Drogensituation. Im Jahre 2017 wurden Abwasserproben von 86 Kläranlagen aus 65 Städten bzw. 23 Ländern analysiert. Seit 2016 nimmt auch Österreich mit Innsbruck am europäischen Monitoring teil.

Zielsetzung

Die hier präsentierte Studie hatte folgende Ziele:

1. Erstmalige Anwendung des abwasserbasierten Drogenmonitorings auf eine Vorarlberger Kläranlage.
2. Abschätzung des Konsums ausgewählter Drogen im Einzugsgebiet der Kläranlage.
3. Vergleich der Vorarlberger Daten mit anderen österreichischen bzw. europäischen Städten und Regionen.

Durchführung der Studie

Die Abwasserproben stammten von der Abwasserreinigungsanlage des Wasserverbands Region Hofsteig. Die Abwässer der Gemeinden Bildstein, Fußach, Gaißau, Hard, Höchst, Lauterach, Lustenau und Wolfurt werden hier zentral geklärt. Die acht Gemeinden weisen insgesamt rund 69.500 Einwohner auf, was rund 18 % der Vorarlberger Bevölkerung entspricht. Die tägliche Zuflussmenge beträgt rund 17.500 m³.

24-Stunden-Mischproben wurden täglich über einen Zeitraum von 22 Tagen (03.-24.04.2018) gesammelt und bis zur Analyse bei -20°C gelagert. Herkömmlicherweise wird zur Bestimmung der Populationsgröße der „Chemische Sauerstoffbedarf“ des Abwassers verwendet. Aufgrund des vergleichsweise hohen Anteils an Industrieabwässern würde diese Standardmethode die Einwohnerzahl deutlich überschätzen. Daher wurde zur Bestimmung der Populationsgröße die im Abwasser gemessene Koffeinmenge herangezogen (vgl. Lai et al. 2011, 2015). Damit verringerte sich die zur Normalisierung herangezogene Einwohnerzahl auf 111.000 Einwohner. Die Bestimmung der Konsummarkerkonzentrationen erfolgte im Labor der Gerichtsmedizin in Innsbruck mithilfe eines zweistufigen Verfahrens. Jeweils 10 Milliliter der Abwasserproben wurden mittels Festphasenextraktion aufgereinigt und auf 50 Mikroliter aufkonzentriert. 10 Mikroliter des so aufgearbeiteten Abwassers wurden mittels Flüssigkeitschromatographie-Tandem-Massenspektrometrie analysiert. Die quantitative Analytik umfasste die oben angeführten Drogenwirkstoffe bzw. deren Konsummarker. Die Bestimmungsgrenzen der Analysenmethode lagen bei 5 Nanogramm Konsummarker pro Liter Abwasser. Die Methode wurde validiert. Eine weitere Qualitätsmaßnahme bestand in der jährlichen Teilnahme an einem Ringversuch (van Nuijs et al. 2018). Die Korrekturfaktoren zur Berechnung der konsumierten Mengen wurden aus der Literatur entnommen (Garcia-Lor et al. 2016). Vergleichswerte von österreichischen (Innsbruck), Schweizer (St. Gallen, Zürich), deutschen (Stuttgart, München) und italienischen Städten (Mailand) stammten von der SCORE Monitoring Studie 2017 (online abrufbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/activities/wastewater-analysis>).

Der Drogenkonsum in der Region Hofsteig

Die Region Hofsteig umfasst die acht Gemeinden Bildstein, Fußach, Gaißau, Hard, Höchst, Lauterach, Lustenau und Wolfurt. In den acht Gemeinden sind rund 69.500 Personen gemeldet, was rund 18 % der Vorarlberger Bevölkerung entspricht. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist Lustenau mit 22.800 Einwohnern die größte Gemeinde in der Region.

Abwasserproben wurde an 22 aufeinanderfolgenden Tagen im April 2018 gezogen und auf Spuren von Drogen bzw. deren Konsummarker hin analysiert. Aus den gemessenen Konzentrationen wurden die täglich bzw. jährlich konsumierten Mengen an reinen Wirkstoffen berechnet. In Tabelle 2.10 sind die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 2.10: Übersicht über die mittels Analyse von Abwässern bestimmten täglich bzw. jährlich konsumierten Mengen an Drogen in der Region Hofsteig

Droge	Mittlere Dosis [mg]	Mittlere täglich konsumierte Menge ^a [mg/Tag/1000 Einwoh- ner]	Jährlich konsumierte Menge ^a [kg/Jahr]
Tetrahydrocannabinol (THC)	125	10700	436
Kokain	100	641	26,4
Amphetamin	30	45	1,8
MDMA	100	16	0,7
Methamphetamin	30	5	0,2
Heroin	25	<68 ^b	<2,8 ^b
Methadon	60	14	0,4

^aDie Mengenangaben beziehen sich immer auf den 100%-reinen Wirkstoff.

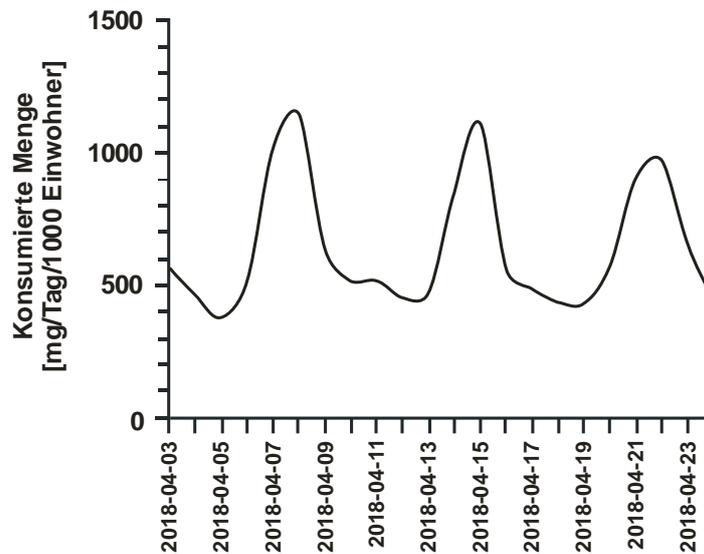
^bDie Konzentration von 6-Acetylmorphin lag unterhalb der Nachweisgrenze.

Quelle: Institut für Gerichtliche Medizin und Core Facility Metabolomics, Medizinische Universität Innsbruck

Im Untersuchungszeitraum war Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge. Im Mittel wurden 10,7 g reines THC pro Tag pro 1000 Einwohner konsumiert. Bei einer mittleren Dosis von 125 mg THC ergibt das einen Umsatz von 8,6 Dosen pro 100 Einwohner. Die daraus hochgerechnete jährlich konsumierte Menge an THC betrug 436 kg oder umgerechnet 2-5 Tonnen Cannabiskraut. Bei einem durchschnittlichen Preis von 5 € pro Gramm Cannabiskraut ergibt das einen Schwarzmarktwert von 10-25 Millionen Euro.

Die am zweithäufigsten konsumierte Droge war Kokain. Die mittlere täglich konsumierte Menge an Kokain lag bei 641 mg pro 1000 Einwohner. Im Wochenverlauf konnte ein deutlicher Unterschied zwischen den einzelnen Wochentagen beobachtet werden (Abbildung 2.14). Unter der Woche sank die konsumierte Menge auf unter 500 mg pro 1000 Einwohner. Die Spitzenwerte wurden an den Wochenenden registriert. Der Konsum verdoppelte sich auf über 1100 mg pro 1000 Einwohner bzw. 1,1 Dosen pro 100 Einwohner. Die daraus hochgerechnete jährlich konsumierte Kokainmenge lag bei 26,4 kg. Bei einem durchschnittlichen Preis von 60 € pro Gramm ergibt das einen Schwarzmarktwert von zumindest 1,6 Millionen Euro.

Abbildung 2.14: Wochenverlauf der mittels Analyse von Abwässern ermittelten täglichen Konsummenge von Kokain in der Region Hofsteig



Quelle: Institut für Gerichtliche Medizin und Core Facility Metabolomics, Medizinische Universität Innsbruck

Von den drei übrigen Stimulantien wurde nur noch für Amphetamin ein Konsum in nennenswerten Mengen beobachtet. Der tägliche Konsum von Amphetamin lag bei rund 45 mg pro 1000 Einwohner bzw. 0,15 Dosen pro 100 Einwohner. Von MDMA und Methamphetamin dagegen wurden im Mittel weniger als 0,02 Dosen pro 100 Einwohner pro Tag konsumiert.

Aus Mangel an Alternativen wurde 6-Acetylmorphin als Konsummarker für Heroin verwendet. Nachteil dieses Markers ist, dass nur wenige Prozent von Heroin als 6-Acetylmorphin ausgeschieden werden, und daher ein positiver Nachweis nur mit entsprechend empfindlichen Analysemethoden erfolgen kann. Eine solche stand uns zwar zur Verfügung, dennoch konnte in keiner der gesammelten Abwasserproben 6-Acetylmorphin nachgewiesen werden. Auf Basis der Bestimmungsgrenze (5 Nanogramm pro Liter) kann davon ausgegangen werden, dass der tägliche Heroinkonsum unter 68 ng pro 1000 Einwohner bzw. unter 0,3 Dosen pro 100 Einwohner liegen muss.

Der beobachteten Methadonmengen lagen bei 14 mg pro Tag pro 1000 Einwohner. Das entspricht rund 30 Dosen an Methadon, die pro Tag in der Region Hofsteig konsumiert werden. Dieser Wert stimmte recht gut mit der für die Region abgeschätzten Anzahl an mit Methadon-substituierten Patienten (N = 44) überein.

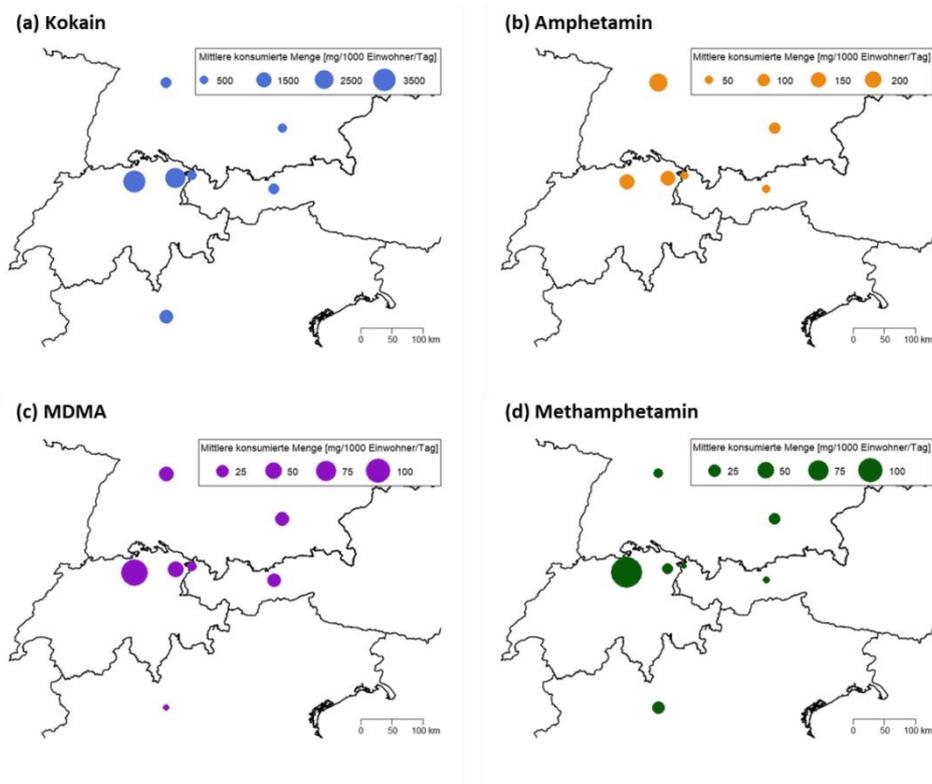
Auch wenn ein direkter Vergleich mit anderen Kennzahlen, die zur Charakterisierung des Drogenmarktes Verwendung finden, nur bedingt möglich ist, ist es dennoch bemerkenswert zu beobachten, dass sowohl die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Vorarlberg 2016 (Weigl et al. 2017) als auch die Sicherstellungen in Vorarlberg 2017 (Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2017) dem Abwassertrend folgen und in der Reihenfolge Cannabis, Kokain, Amphetamin, MDMA und Methamphetamin abnehmen.

Überregionaler Vergleich des Konsums von Stimulanzien

Eine besondere Stärke des abwasserbasierten Drogenmonitorings ist die Möglichkeit des überregionalen Vergleichs der ermittelten Kennzahlen (Ort et al. 2014). Im Rahmen dieser Studie wurden die in der Region Hofsteig beobachteten Konsummengen an Kokain, Amphetamin, MDMA und Methamphetamin mit jenen von sechs sich im Umkreis von 300 km befindlichen Städten verglichen. Die Vergleichsdaten stammten von der SCORE Monitoring Studie 2017 und umfassten die Städte Zürich, St. Gallen, Stuttgart, München, Mailand und Innsbruck. Verglichen wurden die mittleren konsumierten Mengen der einzelnen Drogen (Abbildung 2.15) sowie der Gesamtkonsum (Abbildung 2.16).

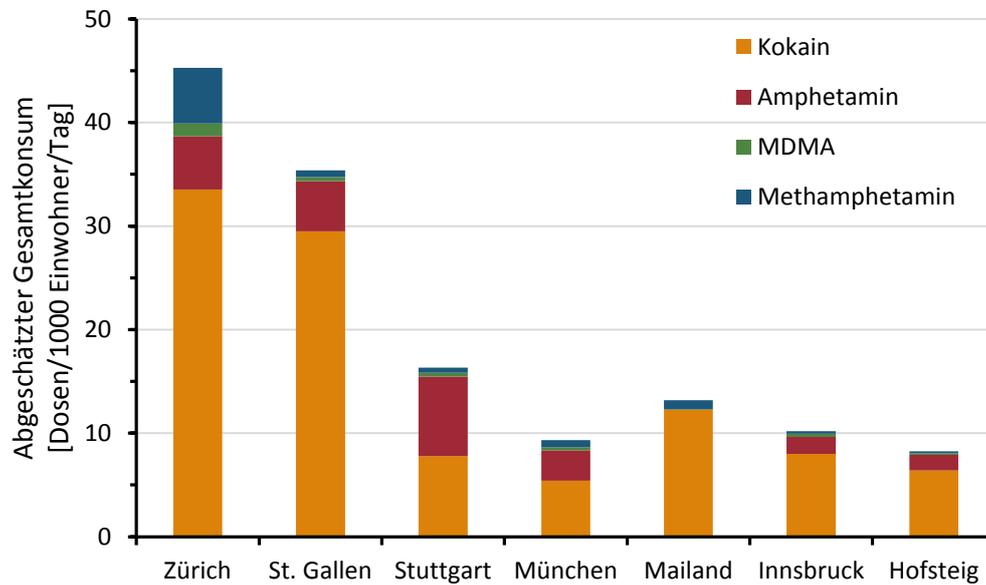
Der überregionale Vergleich zeichnet folgendes Bild des Konsums von Stimulanzien: (1) In jeder der untersuchten Städte/Regionen war Kokain das dominierende Stimulanz. (2) Bei Amphetamin scheint es ein Nord-Süd-Gefälle zu geben. Der höchste Amphetaminkonsum wurde in Stuttgart beobachtet. In Mailand war Amphetamin nicht nachweisbar. (3) Mit Ausnahme von Zürich wurde in keiner der untersuchten Städte ein nennenswerter Methamphetaminkonsum beobachtet. (4) Der kumulative Stimulanzienkonsum war am höchsten in der Schweiz. Das lokale Zentrum des Drogenkonsums scheint Zürich zu sein. (5) Trotz unmittelbarer Nähe zur Schweiz wies die Region Hofsteig den niedrigsten Gesamtkonsum auf. (6) Die Konsummengen von München, Innsbruck und der Region Hofsteig sind in etwa vergleichbar.

Abbildung 2.15: Vergleich der beobachteten mittleren konsumierten Mengen an (a) Kokain, (b) Amphetamin, (c) MDMA und (d) Methamphetamin in verschiedenen Regionen Europas



Quelle: Institut für Gerichtliche Medizin und Core Facility Metabolomics, Medizinische Universität Innsbruck

Abbildung 2.16: Vergleich des abgeschätzten Gesamtkonsums an Kokain, Amphetamin, MDMA und Methamphetamin zwischen Zürich, St. Gallen, Stuttgart, München, Mailand, Innsbruck und der Region Hofsteig (Dosen/1000 Einwohner/Tag)



Quelle: Institut für Gerichtliche Medizin und Core Facility Metabolomics, Medizinische Universität Innsbruck

Wir bedanken uns sehr herzlich bei Herrn Dipl. Ing. Gerhard Giselbrecht vom Wasserverband Hofsteig für die Kooperation im Rahmen dieser Studie und insbesondere die Bereitstellung der Abwasserproben.



Auf einen Blick

In der hier präsentierten Pilotstudie wurde erstmals das **abwasserbasierte Drogenmonitoring** auf eine **Vorarlberger Kläranlage** angewendet. Im Zeitraum vom 03.-24.04.2018 wurden täglich 24-Stunden-Mischproben vom Zufluss zur Kläranlage Hofsteig gesammelt und auf Drogen analysiert. In der Kläranlage Hofsteig werden die Abwässer von acht Vorarlberger Gemeinden zentral gereinigt. Damit konnte der **Drogenkonsum von rund 69.500 Personen** bzw. **18 % der Vorarlberger Bevölkerung untersucht werden**.

Sieben Wirkstoffe bzw. deren Konsummarker wurden quantitativ im Abwasser analysiert. Davon konnten alle mit Ausnahme von Heroin nachgewiesen werden. Die **umsatzstärkste Droge** war **Cannabis**, gefolgt von **Kokain** und **Amphetamin**. Diese drei Substanzen sind es auch, die einen hochgerechneten Jahreskonsum von mehr als ein Kilogramm aufwiesen. Der jährliche **Gesamtumsatz der Drogen am Schwarzmarkt** wird auf **10-30 Millionen Euro** geschätzt.

Im Wochenverlauf der konsumierten Kokainmenge zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Wochentagen. Am **Wochenende** war der **Konsum mehr als doppelt so hoch wie unter der Woche**.

Im überregionalen Vergleich des Stimulanzienkonsums mit sechs Städten in der Schweiz, Deutschland, Italien und Österreich wies die **Region Hofsteig den niedrigsten Gesamtkonsum** auf. Die Konsummengen waren deutlich **niedriger als jene in der benachbarten Schweiz**. In etwa vergleichbare Mengen wurden in Innsbruck und München umgesetzt.

3 Therapie, Behandlung, Rehabilitation

3.1. Die Entwicklung der Drogensituation in Vorarlberg

Prof. Dr. Reinhard Haller

Sucht ist als ein zum Menschsein seit jeher gehörendes, sich jedoch stets wandelndes Phänomen zu betrachten, welches alle 3 Dimensionen der Gesundheit - den körperlichen, psychischen und sozialen Bereich - erfasst. Mehr als die meisten anderen Leiden hängen die Suchterkrankungen von gesellschaftlichen Entwicklungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Migration, neue Jugendkulturen, Überalterung) ab, sind stärker mit Aufkommen und Verlauf anderer medizinischer Störungen (z.B. Hepatitis und HIV, aber auch Burnout oder Traumatisierung) verbunden und werden vom jeweiligen Angebot psychotroper Substanzen entscheidend beeinflusst. Während das Suchtgeschehen in jeder Gesellschaft durch Jahrhunderte mehr oder weniger von einer einzigen, kulturinhärenten Substanz bestimmt wurde, ist es durch die Globalisierung in Drogenangebot und -verfügbarkeit sowohl qualitativ als auch quantitativ zu radikalen Veränderungen gekommen. Heute zählen legale und illegale Suchtmittel zu den wichtigsten Handelsgütern, stehen weltweit in immer größerer Vielfalt und nahezu unbeschränkten Mengen, in bester Qualität, aber zu immer billigeren Preisen zur Verfügung.

Begonnen hat dieser Prozess zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Steigerung der Alkoholproduktion und der Entwicklung suchtpotenter pharmakologischer Substanzen. Ab den 1960er Jahren haben sich ehemals kulturfremde Drogen in unserer Gesellschaft unaufhaltsam etabliert. In der Phase der Globalisierung haben Drogenproduktion und -handel explosionsartig zugenommen, sodass nach verschiedenen Berechnungen der WHO und UNO das Umsatzvolumen von Suchtmitteln ähnlich hoch ist wie jenes des gesamten Erdölhandels. Mit der digitalen Revolution sind neue süchtige Verhaltensweisen (IT-Süchte, Spielsucht) hinzugekommen. Die Internetsucht, welche häufig mit psychischen Störungen assoziiert ist, stellt die Suchtprävention und -therapie vor völlig neue Herausforderungen:

Bei keiner anderen Suchtform sind Leidensdruck und Problemeinsicht so gering wie bei IT-Abhängigen, sodass ein hohes Maß an Motivationsarbeit erforderlich ist. Zudem hat in einer digitalisierten Welt das Abstinenzparadigma keinerlei Gültigkeit mehr.

Sucht hängt entscheidend von der Person der potentiellen Konsumentinnen, Konsumenten und Betroffenen ab. Genetische Faktoren, Erziehungs- und Milieueinflüsse, Entwicklungs-, Identitäts- und Orientierungsprobleme, emotionale und soziale Belastungen, lebensgeschichtliche Krisen und komorbide Störungen können die Vulnerabilität erhöhen. Primär- und sekundärpräventive Aktivitäten zielen deshalb neben der Stärkung der gesunden Anteile und der Förderung der Autonomie besonders auf die Behebung dieser z.T. modifizierbaren Faktoren bzw. deren Folgen. Sucht wird als „Epiphänomen“ verstanden, welchem durch Unterbindung von Vulnerabilitätsfaktoren und Behandlung der Basisstörungen gleichsam der Boden entzogen werden kann. Diesen Überlegungen hat die Vorarlberger Drogenpolitik der letzten Jahrzehnte stets Rechnung getragen.

Aktuell kann die Suchtsituation mit Etablierung der Volksdroge Alkohol auf hohem, zuletzt etwas rückläufigem Niveau, mit gesteigertem Problembewusstsein und heftiger politischer Diskussion bezüglich des Rauchens, mit starkem Trend zu polytoxikomanem Verhalten und vermehrtem Missbrauch medikamentöser Suchtmittel sowie dem schon erwähnten Anstieg von Verhaltenssüchten

beschrieben werden. Laut dem Europäischen Drogenbericht des EMDCCA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) nimmt in Europa die Produktion von illegalen Drogen ebenso zu wie jene von Kokain in Südamerika. Der Markt für illegale Drogen soll in Europa 24 Milliarden Euro betragen, wobei 38 % auf Cannabis, 28 % auf Heroin und 24 % auf Kokain entfallen. Etwa ein Viertel der 15- bis 64-Jährigen hat zumindest einmal im Leben Drogen konsumiert. Die Prävalenz für Cannabiserfahrungen liegt bei den 15- bis 24-jährigen bei 14,1 %, für Kokain in der Größenordnung von 1,9 %, für Amphetamine bei 1 %. Etwa 1,3 Millionen Menschen betreiben in Europa einen riskanten Opioidkonsum. In den europäischen Ländern sind pro Jahr 9000 Drogentote zu beklagen.

In Vorarlberg wird die Zahl von Menschen mit manifesten, substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ohne Berücksichtigung des Rauchens auf 5 % geschätzt. Weitere 10 % haben in ihrem Leben irgendwann einmal Probleme mit Suchtmitteln oder süchtigen Verhaltensweisen, ohne dass sie bereits unter einer Abhängigkeit leiden. Den größten Anteil bildet die Alkoholabhängigkeit mit circa 3 %, gefolgt von der Medikamentensucht mit 1,2 % und der Abhängigkeit von illegalen Drogen mit ca. 1 %. Für Verhaltenssuchte liegen wegen der großen Streubreite und der erheblichen Dunkelziffer keine verlässlichen Berechnungen vor. Der Anteil der Raucher unter der erwachsenen Bevölkerung beträgt ca. 35 %. Spezifisch für unser Land sind das Überwiegen von sogenanntem Gamma-Alkoholismus gegenüber dem in den weinproduzierenden Ländern vorherrschenden Delta-Typus (sogenannte Spiegeltrinker), die enge Verbindung der Drogenszene mit jener der benachbarten Schweiz und die frühe Verbreitung von Heroinkonsum mit einer über dem österreichischen Durchschnitt liegenden hohen Zahl an Drogentoten.

Gesundheits- und Drogenpolitik, für die das Suchtproblem eine enorme Herausforderung darstellt, haben eine Reihe von Möglichkeiten, nicht nur im legislativen und kriminologischen, sondern auch im präventiven, therapeutischen, rehabilitativen Bereich. Die Entwicklung des Suchthilfesystems zeigt einen nahezu parallelen Verlauf zu jenem der Abhängigkeitserkrankungen und spiegelt die andere Seite der Suchtsituation, jene der Gegenmaßnahmen, wider. In der Analyse des Suchtproblems in Vorarlberg ist deshalb eine Beschreibung von Entwicklung und heutigem Stand der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen erforderlich:

Die Ursprünge der Suchthilfe in Vorarlberg finden sich überwiegend im privaten und kirchlichen Bereich. Bis in die 1960er Jahre haben sie sich fast ausschließlich auf den Alkoholismus, die in unserem Kulturkreis über Jahrhunderte dominierende Suchtform, bezogen. Obwohl sich die medizinische Wissenschaft bis in jüngere Zeit kaum mit dem Suchtproblem beschäftigt hat, leisteten in unserem Land die Hausärzteschaft und das von Anfang an involvierte LKH Rankweil wesentliche Arbeit in der Suchtkrankenilfe. Einen großen Beitrag brachten die ab 1960 aufkommenden Selbsthilfebewegungen (Anonyme Alkoholiker) sowie verschiedene Sozialinstitutionen. Im stationären Bereich wurde die Zusammenarbeit mit ausländischen Einrichtungen, besonders in der Schweiz, und der ersten österreichischen Alkoholentwöhnungsklinik in Wien/Karlsburg gesucht. Deren Gründer, Univ. Prof. Dr. K. Kryspin-Exner, zählte zu den Hauptinitiatoren für ein eigenes Vorarlberger Suchtbehandlungszentrum und war an der Gründung des Krankenhauses Maria Ebene maßgebend beteiligt.

Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Suchtkrankenilfe über Initiative der Pionierin der Vorarlberger Drogenhilfe, Frau Rosa Bitschnau (1925–2015), mit Gründung des später zur „Suchtfachstelle der Caritas“ weiter entwickelten Sozialmedizinischen Dienstes der Caritas institutionalisiert. Mit anfangs bescheidenen finanziellen und personellen Mitteln wurden sozialarbeiterische Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen und deren Familien, aufsuchende und motivierende Tätigkeit, Therapie-

vermittlung und Nachbetreuung, aber auch Schulung und Prävention systematisch ausgebaut. Durch Öffentlichkeitsarbeit und suchtbetragene Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen wurde früh ein gesellschaftliches Bewusstsein für die Bedeutung des Suchtproblems geschaffen, an welchem sich die Vorarlberger Gesundheits- und Drogenpolitik bis heute orientiert.

Aus der Caritas, welche bis heute eine der maßgebenden Säulen in der Suchtprävention, -therapie und -rehabilitation darstellt, entwickelte sich die Initiative für eine eigene stationäre Einrichtung zur Suchtbehandlung in unserem Bundesland. Die 1974 gegründete Stiftung Maria Ebene eröffnete 1976 das Krankenhaus in Frastanz mit vorerst 20 Betten ausschließlich zum Alkoholentzug, welches ab 1980 zur heutigen Größe von 50 stationären Behandlungsplätzen ausgeweitet wurde. Dem immer größer werdenden Bedarf an einer stationären Einrichtung für die Behandlung Drogenabhängiger wurde mit Eröffnung der Therapiestation Carina im Jahr 1983 Rechnung getragen. Der damals privilegierten therapeutischen Methode folgend, wurde ein Konzept der stationären Langzeittherapie mit psycho- und soziotherapeutischen Schwerpunkten umgesetzt, welches sich in Folge der Differenzierung und Weiterentwicklung der Suchttherapie Ende des 20. Jahrhundert als nicht mehr ausreichend bzw. überholt erwies. Die Drogen-Langzeitstation Carina wurde erfolgreich in eine 20 Behandlungsplätze umfassende Therapiestation für Menschen mit Suchtproblemen und komorbiden Störungen, welche einer längerzeitlichen stationären Behandlung bedürfen, umgewandelt. Heute deckt die Therapiestation Carina dieses wichtige Segment in der breiten Palette der Suchttherapie umfassend ab, was durch den großen Andrang und die weit über die Landesgrenzen hinausgehende Inanspruchnahme dieser Therapieeinrichtung untermauert wird.

Den ambulanten Teil der Drogentherapie hat in Vorarlberg in den ersten Jahren der Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (aks) mit den Drogenberatungsstellen „Treff“ übernommen und mit Erfolg betrieben. Diese wurden später aus strukturellen Gründen z.T. von der Stiftung Maria Ebene übernommen, z.T. in ihrem Aufgabenbereich von privaten Trägern (Dr. Jochum/ Bludenz, Dr. Mika/ Bregenz) ersetzt.

Einen entscheidenden Anstoß zu einer intensiven, breiteren und auch inhaltlich veränderten Entwicklung der Vorarlberger Drogenhilfe stellte die Phase der gehäuften Herointoten im Jahr 1990 dar. Durch diese tragischen Vorkommnisse wurde der Öffentlichkeit die Dimension des Drogenproblems bewusst und der Ruf nach Gegenmaßnahmen sehr laut. In vorbildlicher Einmütigkeit forderten alle politischen Parteien Investitionen zum Auf- und Ausbau der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Infrastruktur.

Ausgerichtet auf das in der Schweiz entwickelte Fünf-Säulen-Modell (Prävention, Therapie, Rehabilitation, Substitution und Repression) entstanden nun mehrere Anlauf-, Beratungs- und Therapiestellen. 1993 wurde die Therapiestation Lukasfeld mit 16 Plätzen zur stationären Kurzzeittherapie in Betrieb genommen, vornehmlich für die Behandlung jüngerer Drogenabhängiger sowie Konsumentinnen und Konsumenten „leichterer“ Substanzen. 2012 wurde der Entgiftungsbereich mit vier weiteren Betten schwerpunktmäßig der Therapiestation Lukasfeld zugeordnet, auch zur Entlastung des LKH Rankweil.

Gleichzeitig wurden mehrere Beratungsstellen eröffnet, mit denen das Ziel erreicht werden sollte, in jedem Bezirk eine „höhereschwellige“ Beratungsstelle und eine „niederschwellige“ Anlaufstelle zu betreiben. So kamen zu dem vom Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin betriebenen „Treff“ Beratungsstellen, die „Clean“-Stellen der Stiftung Maria Ebene und die Beratungsstelle „Dr. Jochum“, später diese ersetzend, hinzu. Dem starken Engagement von Selbsthilfebewegungen sind die Anlaufstellen „Ex und Hopp“ in Dornbirn, das Caritas Café in Feldkirch und „Do it yourself“ in Bludenz zu

verdanken. Diese leisten bis heute unverzichtbare Arbeit, vor allem in jenen Bereichen der Suchtszene, in denen Hilfe am notwendigsten ist. Spezielle Rehabilitationsprojekte, zum Teil mit Förderung der EU, starteten die Beratungsstelle „Die Faehre“ in Dornbirn. Der Wohnungsbeschaffung und Vor-Ort-Betreuung widmete sich über zwei Jahrzehnte die Beratungsstelle „Dr. Mika“, die nach Pensionierung des Stellenleiters teils vom „Clean“ Bregenz (Beratung und Substitution), teils von der Suchtfachstelle der Caritas (Wohnprojekte) übernommen wurde.

Neben den professionellen Einrichtungen wurde und wird in Vorarlberg stets die Selbsthilfe gefördert. Darauf basieren zahlreiche Gruppen für Alkohol-, Medikamenten- und Spielsüchtige und ihre Angehörigen, so der Elternverein drogenabhängiger Kinder, die Initiative „Starke Süchtige“ und auch Gruppeninitiativen mit dem Schwerpunkt Essstörungen.

Schon früh wurde in Vorarlberg, wo die Präventionsmedizin lange Tradition und hohen Stellenwert hat, auch im Suchtbereich die Prophylaxe gefördert. Im Jahr 1994 konnte mit der von der Stiftung Maria Ebene betriebenen Werkstatt für Suchtprophylaxe „SUPRO“ die erste Suchtpräventionsstelle Österreichs eröffnet werden. Das zwischenzeitlich von fast allen Bundesländern übernommene Konzept dieser erfolgreichen Institution wurde weiterentwickelt zu einer Agentur für Gesundheitsberatung und –förderung. Den Kenntnissen der modernen Präventionsforschung folgend, wonach Suchtprävention eher substanzunabhängig auszurichten ist und die individuelle Autonomie sowie die persönlichen Ressourcen stärken soll, wurden im Lauf der Jahre neue Aufgabenbereiche übernommen. Diese ergaben sich aus der gesundheitspolitischen Notwendigkeit (z.B. Förderungen im Kindergarten und im Pflichtschulalter oder Suizidprävention), zum Teil auch aus der sich ändernden Suchtszene (z.B. Raucherprävention oder prophylaktische Möglichkeiten bei Verhaltenssüchtigen, besonders IT- und Computerspielabhängigkeit).

Die epidemieartige Verbreitung des HIV und die auch in unserem Land immer häufigeren Aids-Erkrankungen, welche in den Anfangsjahren eng mit intravenösen Drogenkonsum assoziiert waren, öffneten auch in Vorarlberg der Heroin-Substitutionstherapie, welcher man lange reserviert gegenübergestanden ist, das Tor. Die anfänglich sehr strenge, von einer Kommission beurteilte Indikationsstellung wurde im Lauf der Jahre zunehmend gelockert, die Abgabemodalitäten wurden vereinfacht, die Verschreibung großzügig gestaltet, neue Substanzen (neben dem Klassiker Methadon) wurden zugelassen. Indikationsstellung und Verschreibung erfolgen nunmehr durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und speziell ausgebildete Allgemeinmediziner. Die Abgabe erfolgt dank vorbildlicher Kooperation mit der Apothekerkammer über diverse Apotheken, die Kontrolle über die Amtsärzte und die unverzichtbare psychosoziale Begleitung über die „hörschwelligeren“ Drogenberatungsstellen. Heute werden in Vorarlberg etwa 500 Opiatsüchtige dauersubstituiert, sodass von einem hohen Erfassungsgrad, jedoch auch von einem großen Aufwand von Betreuungsseite ausgegangen werden kann. Die Rechtfertigung der breit ausgebauten Substitutionstherapie zeigt sich u.a. im starken Rückgang der Hepatitis C- und HIV-Infektionen unter den Drogensüchtigen.

Die Therapiestation Lukasfeld spezialisierte sich in den letzten Jahren auf die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen bei Drogenpatienten. Damit wurde ein Behandlungsangebot für die in den letzten Jahren sehr wichtige Problematik von zusätzlichen psychischen Störungen, seien sie Ursache oder Folge der Abhängigkeitserkrankung, geschaffen. In erste Linie geht es dabei um Suchtkranke mit drogeninduzierten Psychosen, wie sie besonders bei intensivem Cannabis- und Halluzinogen-Missbrauch auftreten. Gerade für diese immer größer werdende Patientengruppe gibt es ansonsten

kaum spezialisierte Therapiemöglichkeiten, auch fallen sie häufig durch den Rost der beidseitigen Behandlungsstrukturen: im Falle einer Psychose durch jenen der Suchttherapie und, bezogen auf Suchtprobleme bei Psychotikern, durch jenen der psychiatrischen Infrastruktur.

In der Vorarlberg Drogenpolitik nahm die enge Kooperation mit Behörden und Gerichten durchgehend eine zentrale Stellung ein. Über die Suchtgiftfahndung sowie die Amtsärzte erfolgen oft Zuweisungen zu Beratung und Therapie, in der Prävention wird im Rahmen des Möglichen kooperiert. Sehr bewährt hat sich die konsequente Umsetzung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ in der Rechtsprechung. Vonseiten der Staatsanwaltschaft und des Landesgerichtes Feldkirch wird diese Möglichkeit intensiv genutzt. Durch die Therapiefreundlichkeit in der Rechtsprechung ist die Vermittlung eines breiten Betreuungsangebots für suchtkranke Rechtsbrecher, von Beratung bis zu ambulanter Psychotherapie und von stationärer Behandlung bis zu Substitutionstherapie reichend, möglich geworden. Basis der Suchtkrankenhilfe in Vorarlberg bildeten die Drogenkonzepte aus den Jahren 1980, 1991 und 2002. Die darin erarbeiteten Richtlinien haben noch heute in Ihre Gültigkeit, bedürfen aber in der sich stets wandelnden Suchtszene fortlaufender Modifikationen. So ist auch der gegenständlichen Suchtbericht des Jahres 2018 als Evaluation des letzten Drogenkonzepts, aber auch als dessen Adaption an die aktuellen Gegebenheiten und als Neuausrichtung in manchen Teilbereichen zu verstehen.

3.2. Pilotprojekt „Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen“

Nikolaus Blatter, MSc

Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abt. IVa, Sozialpsychiatrie und Sucht

ao. Univ.-Prof. Dr. Harald R. Bliem

Universität Innsbruck, Institut für Psychologie

Ausgangslage

Seit den 1970er und 1980er Jahren rückten die Klientinnen und Klienten, welche in der Literatur als „Heavy User“ oder „Systemsprenger“ bezeichnet werden, zunehmend in das Interessenfeld der Versorgungsforschung. Bei diesen Personen handelt es sich um eine Gruppe von Menschen, welche durch die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von diversen intra- und extramuralen Leistungen sowie häufigen stationären Aufnahmen in Krankenhäusern (insbesondere psychiatrischen Abteilungen) gekennzeichnet ist. Neben gesundheitlichen Einschränkungen erlebt diese Gruppe auch auf anderen Ebenen, wie zum Beispiel bei der Arbeit bzw. in der Tagesstruktur, in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe oder im Bereich Wohnen materielle oder immaterielle Defizite.

Die adäquate Versorgung dieser meist schwer psychisch und suchtkranken Menschen mit hohem Auffälligkeitspotenzial stellt die Politik und die sozialen Dienstleister vor eine große Herausforderung. Diese Gruppe von Menschen wird nicht selten als *austherapiert*, *nicht paktfähig*, *unhaltbar* und *schwierig* bezeichnet. Im sogenannten (stationären) Regelsetting von sozialpsychiatrischen Institutionen und Suchteinrichtungen werden Betroffene häufig mit Aufnahmebedingungen konfrontiert, die sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht erfüllen können. Somit wird ihnen der Zugang zur notwendigen Unterstützung erschwert bzw. ist ihnen dieser gar nicht möglich.

In weiterer Folge führt dies oftmals zu wiederholten Aufnahmen in psychiatrischen Schwerpunktkrankenhäusern. Die betroffenen Personen werden unter anderem als *Drehtürpatienten*, *Problempatienten* oder *Langlieger* bezeichnet. Nach den stationären Aufenthalten werden sie häufig in die Wohnungslosenhilfe oder in Pflegeheime vermittelt, in denen die Versorgung dem eigentlichen Unterstützungsbedarf überwiegend nicht gerecht wird. Dies gründet mitunter auch darin, dass der inhaltliche und somit auch fachliche Schwerpunkt dieser Einrichtungen von denen der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe abweicht, welche primär für die Versorgung der beschriebenen Personengruppe zuständig ist. Die Versorgungsforschung in Deutschland (Steinhart 2008, Giertz 2017) postuliert, dass die Problematik dieser Gruppe auch auf einen Mangel an flexiblen und personenzentrierten Hilfen innerhalb bestimmter Versorgungsstrukturen zurückgeführt werden kann. In Österreich führte Martin Böhm (2011) eine Forschungsarbeit zu den „heavy users“ durch, welche vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegeben wurde.

Anstoß und Durchführung dieser Erhebung

Anlass für die in Vorarlberg durchgeführte Erhebung von „Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen“ war ein im Frühjahr 2017 durchgeführter Workshop²⁰, der fachbereichs- und systempartnerübergreifend organisiert worden war. Der Austausch diente dazu, den Leistungserbringern und den Fördergebern einen Status quo der aktuellen Versorgungs- und Kooperationsituation zu vermitteln. Im Mittelpunkt standen die Klientinnen und Klienten, für deren Versorgung das gegebene Hilfesystem nicht ausreicht, deren Bedarf die Grenzen übersteigt.

In der Literatur wird diese Klientengruppe als Systemsprenger bezeichnet, wobei die Bezeichnung Klienten mit komplexen Bedürfnissen (*KmkB*) zutreffender ist. Die Benennung als *KmkB* impliziert eine Besonderheit und keine Abnorm, sodass die damit vermittelte Wertehaltung eine Stigmatisierung verhindern könnte.

Die beteiligten Systempartner diskutierten intensiv über die besonderen Herausforderungen im Umgang mit extremen Verhaltensausrprägungen dieser Klientengruppe, über den in der direkten Begegnung entgegengebrachten Respekt und die damit verbundenen Werte in der Begleitung. Zudem wurde über den teilweise sehr hochschwelligem Zugang zu den Wohneinrichtungen der Sozialpsychiatrie sowie deren Flexibilität im Umgang mit Fehlverhalten und deren Entlassungsmanagement gesprochen. Eine in diesem Zusammenhang wiederholt beschriebene Personengruppe sind Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen.

Es wurden diverse Arbeitsaufträge bzw. Empfehlungen formuliert, wie die oben angeführten Diskussionsthemen bearbeitet bzw. optimiert werden können. Im Sommer 2017 wurde dem Funktionsbereich *Sozialpsychiatrie und Sucht* der Auftrag erteilt, anhand einer Literaturrecherche, der Analyse der bisherigen Erkenntnisse und aus den Anfragen der Einzelfälle ein *Instrument für die Erhebung von „Klienten mit komplexen Bedürfnissen“* gemeinsam mit der Universität Innsbruck (ao. Univ.-Prof. Dr. Harald R. Bliem) zu erarbeiten. In der Entwicklungsphase wurden statistische, theoretische und praktische Erfahrungen von Experten erhoben. Die Fertigstellung erfolgte im Dezember 2017. Die ausführliche Beschreibung der Erhebung und der Ergebnisse wird in einem gesonderten Manuskript veröffentlicht.

Die Umsetzung der Erhebung startete im Jänner 2018 mit der Aussendung der Erhebungsbögen (Teil 1 bis 3). Bezugnehmend auf die erste in Deutschland publizierte Studie zu diesem Thema in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2008 wurden folgende Klienten in die Erhebung eingeschlossen:

- kritische Sonderstellung unter den Betreuten aufgrund starker Verhaltensauffälligkeiten
- Stören der Arbeit in Gruppen, unkooperatives Verhalten
- Sprengen der Rahmenbedingungen
- häufiges Wechseln der Einrichtungen
- häufige stationäre Behandlungen (> 60 Tage oder > 4 Aufnahmen in einem Jahr)

²⁰ Siehe Zusammenfassung bzw. Ergebnisprotokoll des Workshops von Joachim Hagleitner.

Die nachstehenden Einrichtungen wurden in die Erhebung einbezogen:

- Wohnhäuser und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe
- Case Management, Pflegeheime, ambulant gerontopsychiatrische Pflege
- Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und Notschlafstellen
- Tagesstruktur-Einrichtungen
- LKH Rankweil und Stiftung Maria Ebene

Erhoben wurden Strukturdaten der Einrichtungen, soziodemografische Daten der Klientinnen und Klienten sowie Merkmalsausprägungen, welche mit einem Fragebogen mit 37 Items in Art und Ausmaß quantifiziert wurden. Die summierten Werte geben dabei Hinweise auf das Ausmaß der Defizite der jeweiligen Klientin oder des jeweiligen Klienten.

Alle Teile der Erhebung wurden zur soziodemografischen und störungsspezifischen Interpretation herangezogen. Darüber hinaus wurden jene Faktoren analysiert, welche für die oben erwähnte Zielgruppe charakteristisch sind. Für die Auswertung im Rahmen des Vorarlberger Suchtberichts 2018 wurden die Wohneinrichtungen der Sozialpsychiatrie, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Pflegeheime herangezogen. Die Begründung liegt in der Annahme, dass eine Doppelbetreuung in diesen Fällen nicht vorliegt. Zudem legt die angegebene Aufenthaltsdauer in Tagen nahe, dass die Fragen der Items umfassender und zeitlich überdauernd beantwortet wurden. Nach Abschluss der Erhebung konnten folgende, im nächsten Abschnitt beschriebene Ergebnisse, festgehalten werden.

Die Erhebung umfasste insgesamt 1062 Fälle. Die Geschlechterverteilung beträgt 61 Prozent männliche und 39 Prozent weibliche Fälle. Die Beteiligung innerhalb der Einrichtungen (Beratungsstellen, Wohnen, Tagesstruktur) der Sozialpsychiatrie, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe war sehr hoch, eine Einrichtung der Suchthilfe (Beratungsstelle) nahm nicht an der Erhebung teil. Hingegen lag die Beteiligung der Pflegeheime bei weniger als 50 Prozent. Lediglich zwei Casemanagementstellen nahmen an der Erhebung teil. Das Landeskrankenhaus Rankweil konnte sich aufgrund einer internen Systemumstellung nicht an der Erhebung beteiligen. Die Therapiestationen Carina und Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene waren ebenfalls beteiligt. Die Verteilung der ICD-10 Diagnosen der gesamten Erhebung (N = 1062) wird dominiert von den Erkrankungen „F1 Diagnose - psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (44 %), gefolgt von der Diagnose der Gruppe „F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (15,8 %) und den „F3 Affektive Störungen“ (12,6 %), somit fallen 72,4 Prozent der erhobenen Fälle auf die in der Psychiatrie am häufigsten diagnostizierten Gruppen. Auf die Diagnosegruppen F0, F4, F5, F6, F7, F8 und F9 fallen insgesamt 22,5 Prozent der Fälle. Die verbleibenden 5,1 % verteilen sich auf „somatische Diagnosen“ (Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.).

Aus der Erhebung von Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemlagen werden für den Vorarlberger Suchtbericht 2018 alle Fälle einbezogen, die eine F1-Diagnose aufweisen und von einem Wohnbereich sowie einer Drogenberatungsstelle erfasst wurden.

Wohnbereich

a) Soziodemografische Merkmale der Klientinnen und Klienten

Die folgende Darstellung umfasst insgesamt 82 Personen nach den oben erwähnten Kriterien. 25,6 Prozent sind Frauen und 74,4 Prozent sind Männer. Das Durchschnittsalter beträgt 46,27 Jahre mit einer Standardabweichung (SD) von 14,05 Jahren. Die Altersspanne reicht von 21 bis 79 Jahren. Die Verteilung der Herkunftsländer zeigt, dass es sich in 87,7 Prozent der Fälle um österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, in 7,4 % um EU-Bürgerinnen und Bürger, in 3,7 % um Bürgerinnen und Bürger aus dem EU-Ausland und in 1,2 % um Konventionsflüchtlinge handelt. Der angeführte Familienstand ergibt folgende Verteilung: 1,2 % verheiratet, 34,1 % geschieden, 58,5 % ledig, 2,4 % getrennt lebend und 2,4 % verwitwet. In 1,2 Prozent der Fälle war der Familienstand unbekannt.

Die Befragung nach dem Schulabschluss zeigt, dass in 17,6 Prozent kein Schulabschluss gegeben ist, in 39,7 Prozent ein Pflichtschulabschluss, 35,3 % haben eine Lehre/Berufsbildende mittlere Schule (BMS) abgeschlossen, 5,9 % haben maturiert und in 1,5 Prozent der Fälle liegt ein Universitätsabschluss vor.

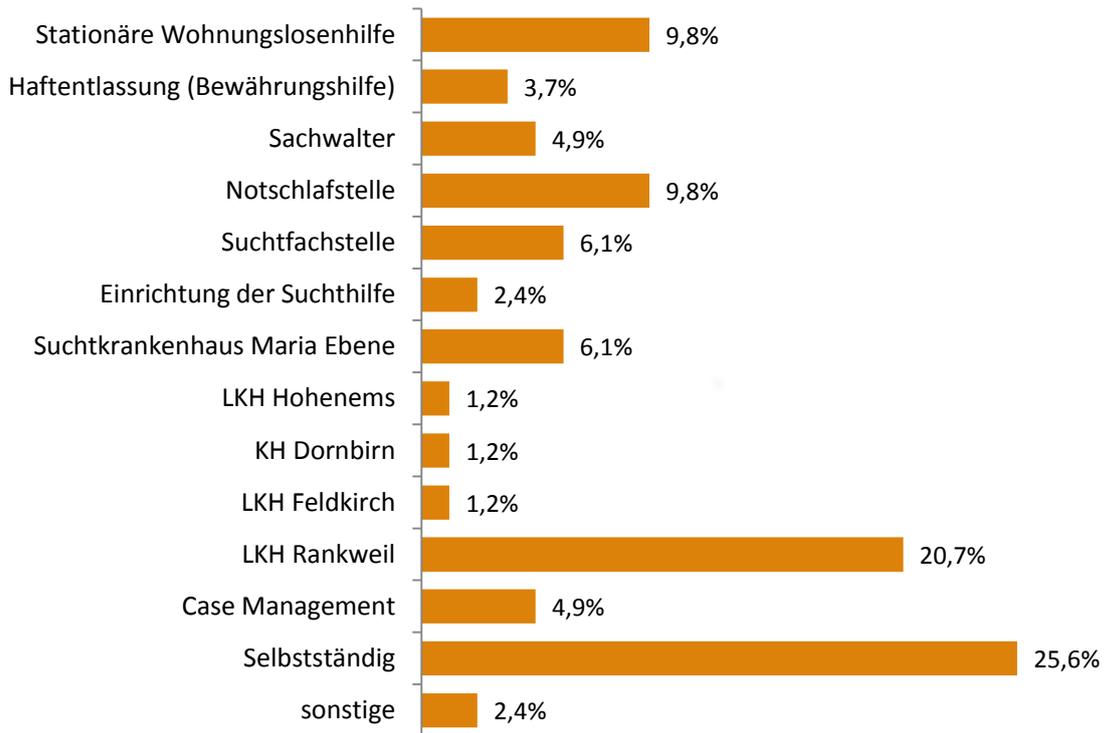
Die Einkommenssituation verteilt sich entsprechend des Bezuges auf 17,1 % Arbeitslosengeld, 19,7 % Notstandshilfe, 3,9 % RehaGeld, 30,3 % unbefristete IV-Pension, 9,2 % Alterspension, 13,2 % Mindestsicherungsbezug und 6,6 % andere Bezüge (Pflegegeld etc.). Die Schuldensituation der einbezogenen Fälle zeigt, dass 37,5 Prozent verschuldet sind, in 23,8 Prozent der Fälle keine Schuldensituation und in 38,8 Prozent der Fälle eine unbekanntes Schuldensituation vorliegt. Eine rechtliche Vertretung übernimmt bei 23,8 % der Personen eine Sachwalterin oder ein Sachwalter. 1,3 Prozent der Befragten führte an, dass derzeit ein laufendes Sachwalterschaftsverfahren anhängig ist. Bei 75 % der Teilnehmer ist keine rechtliche Vertretung vorhanden.

b) Einrichtungsbezogene Merkmale

Die Wohnungslosenhilfe begleitet 49 % der Personen, die Pflegeheime 27 %. Die verbleibenden 24 % verteilen sich auf die Bereiche der Sozialpsychiatrie und deren Tagesstruktur, sowie Wohneinrichtungen der Suchthilfe.

Obwohl sich das Landeskrankenhaus Rankweil aus den oben angeführten Gründen nicht an der Erhebung beteiligen konnte wird deutlich, dass neben einer „selbstständigen Zuweisung“, welche zu 25,6 % veranlasst wird, die Zuweisung durch das LKH Rankweil 20,7 % ausmacht. Gleichzeitig ist das LKH Rankweil auch der einzige Zuweiser, welcher in alle Einrichtungen Personen vermittelt hat. Die hohe Anzahl der selbstständigen Zuweisungen bezieht sich auf die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (80,1 %), was durchaus ein Hinweis auf den niederschweligen Zugang dieser Einrichtungen gibt.

Abbildung 3.1: Zuweisende Stellen bei Einrichtungen im Bereich Wohnen



Quelle: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abt. IVa Sozialpsychiatrie und Sucht

Weiterführende Auswertungen der „zuweisenden Stellen“ verdeutlichen, dass die Vermittlung der zuständigen Bereiche wie Casemanagement, Pflegeheime, Sozialpsychiatrie und Suchthilfe sowie Wohnungslosenhilfe selten bereichsübergreifend (horizontal) geschieht. Häufig finden Zuweisungen innerhalb desselben Bereiches statt (vertikal).

Hinsichtlich der „Verweildauer“ in den Wohneinrichtungen kann bei 85,4 Prozent der Befragten eine Dauer von unter einem Jahr festgestellt werden. Die verbleibenden 3,6 Prozent umfassten eine Verweildauer von über einem Jahr bzw. mehr als zwei Jahren. In 11 % erfolgte keine Angabe der Verweildauer.

Im Falle einer „Wiederaufnahme“ in dieselbe Einrichtung wurde in 59 Prozent der Fälle „keine Wiederaufnahme“ kodiert. Es zeigte sich, dass die Wohnungslosenhilfe (insbesondere Kaplan Bonetti Wohnprojekte) die häufigsten „Wiederaufnahmen“ verzeichnen. In 11 Prozent der Fälle erfolgte keine Angabe zur Wiederaufnahme.

Bezüglich „zusätzlicher Versorgungsleistungen“ (z.B. Beratung, Gruppenangebote, Wochen- oder Tagesstruktur), welche bereichsübergreifend möglich sein können und vonseiten des Funktionsbereichs Sozialpsychiatrie und Sucht gewünscht sind, erhalten 50 % der Personen (alle Wohneinrichtungen gemäß den Kriterien) eine psychosoziale Zusatzleistung. Für die Verteilung auf die Bereiche bedeutet dies, dass 84 Prozent der Fälle der Suchthilfe, 50 Prozent der Fälle aus der Wohnungslosenhilfe und 22,7 Prozent der Fälle aus den Pflegeheimen eine psychosoziale Zusatzleistung in Anspruch nehmen.

Drogenberatungsstellen

a) Soziodemografische Merkmale der Klientinnen und Klienten

Das Interesse der Drogenberatungsstellen zur Teilnahme an der Evaluationsstudie war sehr hoch. Lediglich eine Beratungsstelle hat sich ohne Angabe von Gründen nicht an der Erhebung beteiligt. Im Falle der Drogenberatungsstellen muss angemerkt werden, dass die oben erwähnte Zielgruppe nicht exakt eingehalten werden konnte. Wie die Darstellung der „Wohnsituation“ weiter unten zeigt, haben mehr als 80 Prozent der eingebrachten Fälle einen stetigen Wohnsitz. Insgesamt konnten 252 Fälle, entsprechend der erwähnten Kriterien in die nachstehenden Darstellungen einbezogen werden.

Die Geschlechter verteilen sich auf 73,1 % Männer und 26,9 % Frauen. Der Altersdurchschnitt (MW) liegt bei 37,58 Jahren, mit einer Streuung (SD) von 10,43 Jahren. Die Altersspanne reicht von 16 bis 64 Jahre.

Die Verteilung der Staatsangehörigkeit zeigt 87,1 % österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, 1,6 % EU Bürgerinnen und Bürger, 10 % EU-Auslands-Bürgerinnen und Bürger, 0,4 % Asylwerber und 0,8 % Konventionsflüchtlinge. Der angeführte Familienstand verteilt sich auf 9,6 % verheiratet, 12,4 % geschieden, 72,1 % ledig, 1,6 % getrennt lebend, 0,8 % verwitwet und 3,6 % unbekannter Familienstand. Die Wohnsituation der Zielgruppe verteilt sich auf 3,6 % Hauseigentum, 4 % Wohnungseigentum, 30,1 % Gemeindewohnung, 3,2 % Genossenschaftswohnung, 26,1 % andere Hauptmiete, 13,7 % prekäre Wohnsituation, 10,4 % wohnungslos und 8,8 % andere Wohnsituation. Der Schulabschluss verteilt sich auf 17,4 % kein Abschluss, 49,4 % Pflichtschule, 30,4 Prozent haben eine Lehre oder Berufsbildende mittlere Schule (BMS) absolviert, 2,4 Prozent haben maturiert und 0,4 Prozent haben Universitätsabschluss. Die Einkommenssituation verteilt sich entsprechend des Bezuges auf 20,2 % Arbeitslosengeld, 11,3 % Notstandshilfe, 17,9 % RehaGeld, 28,6 % unbefristete IV-Pension, 0,6 % Alterspension, 20,8 % Mindestsicherungsbezug und in 0,6 Prozent der Fälle auf andere Bezüge (z. B. Pflegegeld). Die Schulden-situation der einbezogenen Fälle zeigt, dass in 42,2 Prozent der Fälle eine Schulden-situation vorliegt, in 29,7 Prozent der Fälle keine Schulden-situation vorliegt und in 28,1 Prozent der Fälle eine unbekannte Schulden-situation vorliegt. Eine Sachwalterschaft liegt bei 3,6 Prozent der Fälle vor. Der überwiegende Teil der Zielgruppe hat keine rechtliche Vertretung (96,4 %).

b) Einrichtungsbezogene Merkmale

Die Auswertung der zuweisenden Stellen verdeutlicht, dass die Suchtberatungsstellen in 96,8 Prozent der Fälle aus dem Suchtbereich zugewiesen wurden (vertikal). Eine selbstständige Zuweisung findet in 1,6 Prozent der Fälle statt. Die verbleibenden 1,6 Prozent verteilen sich auf die Bewährungshilfe, Angehörige und Fachärzte.

Kritische Verhaltensweisen im Wohnbereich und den Drogenberatungsstellen

Die Darstellung der kritischen Verhaltensweisen der Bereiche des Wohnens und der Drogenberatungsstellen wurde anhand einer Modalwertspezifizierung durchgeführt. Der Modalwert ist jener Wert der in einer Stichprobe am häufigsten vorkommt (Bortz, 1999).

Tabelle 3.1: Kritische Verhaltensmerkmale in Drogenberatungsstellen und Einrichtungen im Bereich Wohnen

Ausprägung	Bereich	Item
regelmäßig (auftreten: „wöchentlich“)	Drogenberatungsstelle + Wohnbereich	Selbstregulierung ist gehemmt
	Drogenberatungsstelle	konsumiert nicht ärztlich verordnete Medikamente
	Wohnbereich	sieht Beschwerden nicht als Ausdruck einer psychischen Erkrankung
	Wohnbereich	schätzt eigene Kompetenzen besser ein als diese sind
	Wohnbereich	handelt unreflektiert
	Wohnbereich	impulsives Verhalten
	Wohnbereich	konsumiert unkontrolliert Alkohol
oft (auftreten: „täglich“)	Drogenberatungsstellen	sieht Beschwerden nicht als Ausdruck einer psychischen Erkrankung
	Drogenberatungsstellen	schätzt eigene Kompetenzen besser ein als diese sind
	Wohnbereich	hält sich nicht an Betreuungsvereinbarung oder Hausregeln
	Wohnbereich	Nähe-Distanz Verhältnis ist unangemessen
	Wohnbereich	schwer in Gruppen einzuordnen
	Wohnbereich	Sicherheit von anderen ist der Person nicht wichtig
	Wohnbereich	Konsequenzen aufgrund von Regelverstößen zeigen keine Wirkung
immer (auftreten: „mehrmals täglich“)	Drogenberatungsstellen	schwer in Gruppen einzuordnen
	Drogenberatungsstellen	schwer bei Gruppenaktivitäten angemessen zu verhalten
	Drogenberatungsstellen	konsumiert Suchtgifte
	Drogenberatungsstellen + Wohnbereich	Reduktion des Konsums führt zu körperlichen Entzugssymptomen

Quelle: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abt. IVa Sozialpsychiatrie und Sucht

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Teilanalyse der Zielgruppe mit einer F1-Diagnose (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) zeigt auf, dass personenbezogene Merkmale sehr unterschiedlich sind. Im Rahmen der Literaturrecherche konnte in den anderen Bundesländern Österreichs keine derartige Erhebung gefunden werden.

Die oben dargestellten kritischen Verhaltensmerkmale treten überwiegend in den Einrichtungen der Pflege und der Wohnungslosenhilfe auf. Die Ziele in der direkten Begleitung innerhalb dieser Einrich-

tungen unterscheiden sich von jenen der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe. Im Bereich der Pflege und Wohnungslosenhilfe ist der Rehabilitationsauftrag nicht der Kernaspekt in der Begleitung. Pflegeheime und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind weder personell noch konzeptionell auf derartige Herausforderungen ausgerichtet.

Menschen mit komplexen Problemlagen werden nicht zur Gänze in den dafür vorgesehenen Einrichtungen versorgt. Die angeführten kritischen Verhaltensweisen und die häufig fehlenden Personalressourcen führen die Einrichtungen der Pflege und Wohnungslosenhilfe oftmals an die Grenzen des Leistbaren.

Es können folgende Empfehlungen für eine mögliche Verbesserung skizziert werden:

Leistungserbringer

- regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter in den Einrichtungen (Deeskalation, Sucht im Alter, kollegiale Beratung, etc.)
- verbindliche Zusammenarbeit über alle Bereiche hinweg (horizontal)
- Zuständigkeiten klären
- Zugangsschwelle nach Hilfebedarf und weniger nach Diagnosen ausrichten
- Flexibilisierung oder Neuausrichtung der Reha-Programme bzw. Pflegeheimkonzepte
- Grundhaltung adaptieren: Das System orientiert sich an der Bedarfslage des Klienten

Gesellschaftspolitische Ebene - Fördergeber

- Versorgungsproblem dieser Zielgruppe als solches benennen
- fachbereichsübergreifende Wohnplatzfinanzierungen ermöglichen
- Neuausrichtung der PflegegeldEinstufung mit stärkerer Berücksichtigung der Einschränkungen durch psychiatrische bzw. suchtspezifische Krankheitssymptome.

Das Helfersystem ist auf die Kooperationsbereitschaft der Betroffenen angewiesen, um eine tragfähige und nachhaltige Betreuungsbeziehung herstellen zu können. Das Krankheitsbild von Menschen mit komplexen Problemen trägt häufig dazu bei, dass die Kontaktaufnahme und dessen Erhalt nicht möglich bzw. erschwert sind. Oft ist es für die Betroffenen nicht möglich, irgendeine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Genau an diesem Punkt muss das Versorgungssystem seine Stärke zeigen und den betroffenen Menschen den Zugang zum helfenden System ermöglichen. Denn genau diese Unterstützungsleistung entspricht dem Hilfebedarf dieser speziellen Personengruppe.

In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass der Zugang zum Versorgungssystem niederschwellig sein muss. Das Angebot muss wiederholt gemacht werden, um eine andauernde Zugangsmöglichkeit zu gewährleisten. Jede und jeder Betroffene soll die gleiche Chance bekommen, angemessene Hilfeleistungen in Anspruch nehmen zu können.

4 Prävention

Mag. Andreas Prenn

SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe

Gemäß dem mit dem Land Vorarlberg vereinbarten Leistungs- und Produktkatalog sind das soziale und politische Umfeld von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Familie, Kindergarten, Schule, Arbeitswelt, Jugendarbeit und Vereine, Gemeinden) bzw. Einrichtungen und Behörden (z.B. Kinder- und Jugendhilfe,...) als Zielgruppe der Suchtprävention definiert.

Dabei sollen folgende Ziele bzw. Wirkungen erreicht werden:

Das soziale Umfeld

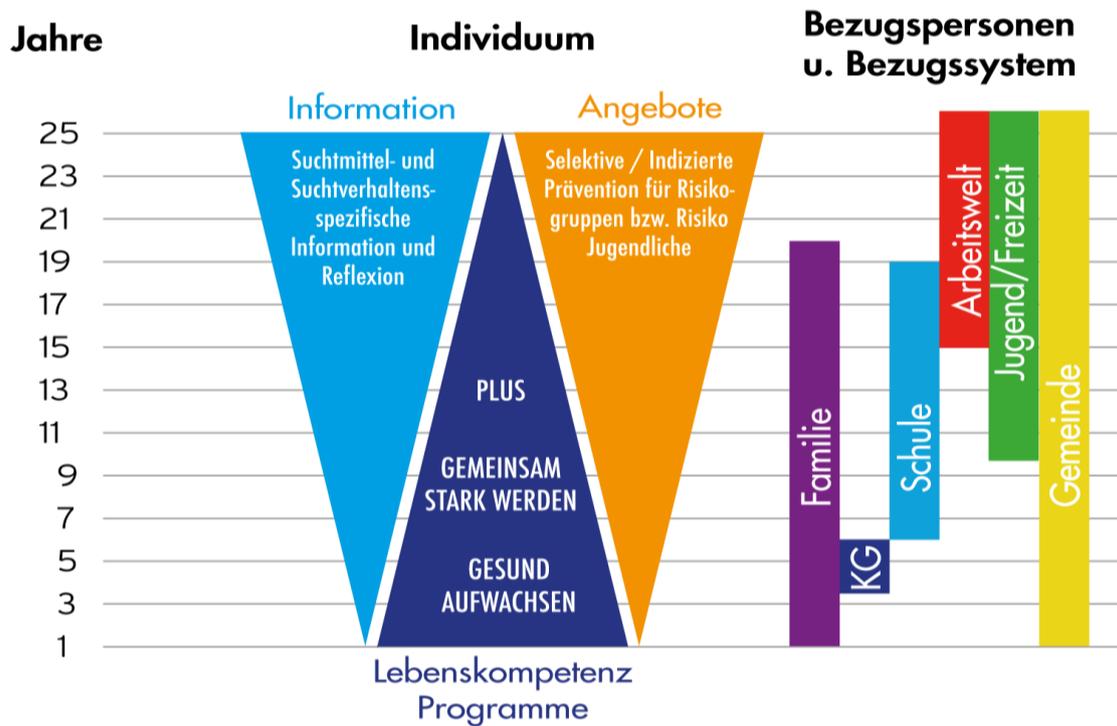
- ist über Schutz- bzw. Risikofaktoren, günstige Rahmenbedingungen und über entwicklungsbegleitende Maßnahmen in der Suchtprävention informiert,
- kann negative Entwicklungen frühzeitig erkennen,
- kann auf den potentiellen wie auch problematischen Konsum von legalen bzw. illegalen Substanzen bzw. Suchtverhalten adäquat reagieren,
- ist über das bestehende Hilfs- und Beratungsangebot informiert.
- Gemeinden, Einrichtungen und Behörden sind über neue suchtrelevante Tendenzen und die „Szene“ informiert, sensibilisiert und können adäquat reagieren.
- Neue suchtpreventive Maßnahmen und neu-konzipierte Projekte werden auf ihre Wirkung, Nachhaltigkeit und Umsetzbarkeit hin überprüft und nutzbar gemacht.

Als Kernleistungen der Suchtprävention werden dementsprechend definiert:

- Information, Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung durch Öffentlichkeits- und Medienarbeit bzw. Infomaterialien
- Beratung, Coaching und Krisenintervention
- Vorträge, Workshops, Seminare
- Aus- und Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Bezugspersonen und Bezugssystemen
- Vernetzungsarbeit
- Konzeptionierung, Planung, Durchführung und Evaluation von suchtpreventiven Modellprojekten auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse
- Erarbeitung konkreter Umsetzungsstrategien für die Implementierung von „best practice“-Projekten der Suchtprävention
- Analyse der Situation und Aufzeigen von neuen suchtrelevanten Tendenzen/Problemstellungen

Grundlage der Suchtprävention in Vorarlberg bildet das im Jahr 2006 entwickelte Strukturmodell für die Suchtprävention, welches laufend evaluiert und gegebenenfalls adaptiert und ergänzt wird.

Abbildung 4.1: Strukturmodell der Suchtprävention in Vorarlberg



Quelle: SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe

Folgende Aspekte lassen sich aus diesem Modell ableiten:

- Suchtprävention ist ein lebenslanger Prozess und sollte möglichst frühzeitig einsetzen.
- Je nach Alter und Risikobelastung bedarf es unterschiedlicher aufeinander abgestimmter Maßnahmen.
- Suchtprävention erfordert Beziehung. Daher müssen die für die Kinder und Jugendlichen im jeweiligen Alter relevanten Bezugspersonen und -systeme miteinbezogen werden. Diese müssen vermehrt befähigt und begleitet werden, um präventiv wirksam zu sein (Multiplikatorenansatz).

Daraus ergaben sich in den letzten Jahren folgende Schwerpunkte bzw. Zielsetzungen für die Suchtprävention in Vorarlberg:

- A** Implementierung eines evaluierten Lebenskompetenzprogramms in den Volksschulen bzw. für die 5. – 8. Schulstufe
- B** Konzeption und Entwicklung eines Lebenskompetenzprogramms für den Kindergarten (Altersstufe 3 – 5 Jahre)
- C** Konzeption, Erprobung und Umsetzung von Präventionsprogrammen zu den Themen Sucht, Alkohol, Nikotin und Verhaltenssüchten (Neue Medien, Glücksspiel, ...) für die 5. – 12. Schulstufe
- D** (Weiter)Entwicklung und Implementierung von speziellen Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention für Risikogruppen und gefährdete Jugendliche
- E** Konzeptionierung, Planung, Durchführung und Evaluation von suchtpreventiven Modellprojekten auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse bzw. aufgrund von Situations- und Bedarfsanalysen und neuen Entwicklungen

Im Folgenden sind exemplarisch für die jeweiligen Schwerpunkte und Zielsetzungen einige ausgewählte Programme, Aktivitäten und Projekte aufgeführt:

Ad A - Implementierung eines evaluierten Lebenskompetenzprogramms in den Volksschulen bzw. für die 5. – 8. Schulstufe

Lebenskompetenzprogramme zählen international zu den wirkungsvollsten primärpräventiven Maßnahmen im Kindergarten- und Schulbereich. Daher wird seit 2006 im Volksschulbereich das mehrfach wissenschaftlich evaluierte Lebenskompetenzprogramm „**Eigenständig werden**“ (Entwicklung durch IFT Nord, Deutschland) umgesetzt. In jeweils dreitägigen (24 Unterrichtseinheiten) Kursen bzw. schulinternen Fortbildungen (SCHILF) werden Lehrpersonen der Volksschule befähigt, das Programm „Eigenständig werden“ mit ihren Schülerinnen und Schülern über die 4 Schuljahre hinweg durchzuführen. Die Umsetzung erfolgt mit Hilfe von standardisiertem Material, die Einbindung und Information der Eltern erfolgt über Elternabende, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss. In Vorarlberg wurden bis Ende 2017 insgesamt 846 Volksschullehrerinnen und Volksschullehrer (ca. 81 % der klassenführenden Lehrpersonen) in 112 unterschiedlichen Volksschulen (ca. 69 % aller Volksschulen) für die Umsetzung von „Eigenständig werden“ ausgebildet. Im Frühjahr 2018 werden die Materialien zur Umsetzung von Angestellten einzelner Fachstellen der Suchtprävention in Österreich unter der Führung der SUPRO überarbeitet und adaptiert, um den geänderten gesellschaftlichen Herausforde-

rungen in den Volksschulen gerecht zu werden. Damit einher geht auch eine Änderung des Namens des Lebenskompetenzprogramms in „Gemeinsam stark werden“ aufgrund von Lizenzrechten. Das Programm „**plus**“ wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn Unterrichtseinheiten umfassen. Grundsätze sind altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch das Berücksichtigen der Zusammenhänge zwischen Problembereichen (Gewalt, Sexualität, Konsum und Sucht) und den Herausforderungen des Alltags sowie geschlechtsspezifischer Bedürfnisse. Das Programm unterstützt Kinder und Jugendliche bei der Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Ressourcen, die es ihnen ermöglichen, anstehende Entwicklungsaufgaben positiv zu bewältigen. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit der Entstehung und Aufrechterhaltung von sozial unangepassten und schädlichen Verhaltensweisen- insbesondere von Sucht- und Missbrauchsproblemen, verringert. Das Programm wurde von der Universität Innsbruck evaluiert, wobei die Evaluationsergebnisse zeigen, dass „**plus**“ sich messbar positiv auf das Konsumverhalten, auf das Sozialverhalten und auf die Schulleistung auswirkt. Das Programm läuft in Vorarlberg seit 2009. Bisher wurden 206 Lehrpersonen aus 60 Schulen (ca. 88 % aller Schulen) ausgebildet.

Ad B - Konzeption und Entwicklung eines Lebenskompetenzprogramms für den Kindergarten (Altersstufe 3 – 5 Jahre)

Nach der Sichtung von möglichen Lebenskompetenzprogrammen für den Kindergarten im In- und Ausland und intensiven Diskussionen mit den wesentlichen Entscheidungsträgern wurde die SUPRO im Herbst 2016 von dem *Landesgesundheitsfonds Vorarlberg* und dem *Fonds Gesundes Österreich* beauftragt, ein Lebenskompetenzprogramm für den Kindergarten (Altersstufen 3 – 5) zu entwickeln, zu erproben und in weiterer Folge ab Juli 2019 auszurollen.

Ähnlich wie bei den Lebenskompetenzprogrammen in Volksschule und in der Sekundarstufe wurde für die Implementierung des Programms der Multiplikatorenansatz gewählt. Die damit verbundenen Aus- und Fortbildungen der Pädagoginnen und Pädagogen stellt sicher, dass

- die handelnden Personen in ihrer eigenen Kompetenz gestärkt werden,
- im eigenen Lebens- und Arbeitsumfeld primär pädagogische Maßnahmen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt werden,
- sich damit ein gesundheitsförderndes und suchtpreventives Umfeld (Struktur, Haltung, ...) ausbildet.

Bei der Ausarbeitung der Aktivitäten, Maßnahmen und Materialien wurde unter anderem Augenmerk darauf gelegt, dass die Maßnahmen einfach, ohne große Umstrukturierung und finanziellen Aufwand, in den pädagogischen Alltag eingeführt und zu festen Bestandteilen werden können. Besondere Berücksichtigung im Projekt finden Kinder und Familien in belastenden Situationen, Kinder und Familien mit Migrationshintergrund und Kinder und Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status.

Abbildung 4.2: Gesund Aufwachsen im Kindergarten



Quelle: SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe

Ad C - Konzeption, Erprobung und Umsetzung von Präventionsprogrammen zu den Themen Sucht, Alkohol, Nikotin und Verhaltensüchten (Neue Medien, Glücksspiel, ...) für die 5. – 13. Schulstufe

Beim Programm „**klartext**“ handelt es sich um ein universalpräventives Programm zu den Themen Sucht, Alkohol, Nikotin, illegale Substanzen (insbesondere Cannabis) und Neue Medien im Schulbereich (7. bis 12. bzw. 13. Schulstufe). Lehrpersonen werden mit dem Ziel geschult, Schülerinnen und Schüler unter Einbeziehung der Eltern ausreichend zu informieren und diese zu befähigen, das eigene Konsumverhalten kritisch zu hinterfragen und mit Gruppendruck umzugehen. Das Programm wird seit 2008 regelmäßig durchgeführt. Mit den zusätzlichen Schülerworkshops und begleitenden Elternabenden hat sich „klartext“ in den Schulen Vorarlbergs etabliert. Bisher haben insgesamt 495 Lehrpersonen aus 103 Schulen die Ausbildung zum Programm „klartext“ absolviert.

Die Jury des European Forum Alpbach 2015 hat das Projekt „**Niko-Teen**“ als ein Pionierprojekt im Bereich Prävention aus etwa 300 Projekten aus Europa ausgewählt. *Niko-Teen* ist ein mehrstufiges Tabakpräventionsprogramm für Vorarlberger Jugendliche. Das Startelement des Programms, der

Niko-Teen Mitmach-Parcours mit mehreren interaktiven Stationen, wurden von 2015 bis Ende 2017 insgesamt 63 Mal durchgeführt und dabei 1.378 Jugendliche für die Wirkungen und Gefahren des Tabakkonsums sensibilisiert. In anschließenden Unterrichtseinheiten und Workshops können die Jugendlichen dann ihre Standpunkte bzw. ihr Konsumverhalten reflektieren. „Elternkurzinterventionen“ bei Schul- und Elternforen ergänzen das Angebot.

Zusätzlich werden für bereits rauchende Jugendliche „**Free-your-Mind-Kurse**“ durchgeführt. In diesem Gruppenangebot beschäftigen sich bereits rauchende Jugendliche in jeweils 6 Einheiten über 6 Wochen mit ihrem Rauchverhalten mit dem Ziel, den Konsum von Nikotinprodukten zu reduzieren bzw. damit aufzuhören.

Die Programme *klartext* und *Niko-Teen* sind nicht nur auf den schulischen Bereich beschränkt, sondern kommen in leicht adaptierter Form auch im **beruflichen Setting** wie auch in der **außerschulischen Jugendarbeit** (Offene Jugendarbeit, Vereine usw.) zum Einsatz. Neben Workshops für Lehrlinge (z.B. Landesverwaltung, Lehre im Walgau, EXTRIX – Lehre am Kummer, VPACK-Akademie usw.) sind es vor allem Fortbildungen für Lehrlings- und Personalverantwortliche (z.B. WIFI-Lehrlingsausbildner, Lehrgang Gewerkschaftsschule, Betriebsräte, Unternehmen aus der Bau-, Handels- und Verpackungsbranche usw.) die im vermehrten Maße in Anspruch genommen werden.

Das **Alkoholpräventionsprojekt „KENNiDI“** ist aus dem Projekt „Mehr Spaß mit Maß“ entstanden und soll in erster Linie die Gemeinden und Vereine bei ihrer Arbeit in Sachen Jugendschutz und Prävention unterstützen.

Eine weitere Maßnahme in Hinblick auf den Jugendschutz sind die seit 2003 durchgeführten **Testkäufe**, genannt „**Mystery Shopping**“ im Bereich Alkohol. Mystery Shopping hat sich als eine wirksame Maßnahme des Jugendschutzes und der Prävention erwiesen und die Abgabequote konnte von ursprünglich 80 % auf nunmehr ca. 20 % gesenkt werden. Seit 2016 werden auch Testkäufe im Bereich Nikotin durchgeführt.

Ad D – (Weiter)Entwicklung und Implementierung von speziellen Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention für Risikogruppen und gefährdete Jugendliche

Das Projekt „**ZOOM**“ ist ein Maßnahmenkatalog, welcher insbesondere auf spezielle Risikogruppen und gefährdete Jugendliche abzielt. So wurde auf Basis von gesundheits-psychologischen Grundsätzen bzw. Erfahrungen aus der Schweiz das Programm „**Choice**“ entwickelt. Zentraler Inhalt von *Choice* ist die Förderung der Selbstwahrnehmung und der emotionalen und kognitiven Selbstregulation bei gefährdeten Jugendlichen mit hoher Risikobelastung. Die Fähigkeit, eigene Gefühlswelten wahrzunehmen und zu regulieren, stellt einen ausschlaggebenden Eckpfeiler zur Verhütung der Entstehung von Missbrauch und Sucht bzw. anderen bio-psycho-sozialen Gesundheitsrisiken dar.

Wesentlicher Bestandteil von *ZOOM* ist der jährlich stattfindende „**Lehrgang Suchtprävention**“ für Angestellte der außerschulischen Jugendarbeit bzw. von Jugendqualifizierungs- und Arbeitsintegrationseinrichtungen in Vorarlberg. In 5 Modulen und insgesamt 48 Unterrichtseinheiten vermittelten Expertinnen und Experten suchtpreventive Methoden und Konzepte – praxisorientiert und dem aktuellen Forschungsstand entsprechend.

Das Programm „**step by step - Frühintervention in der Schule**“ basiert auf einem ursachenorientierten Präventionsansatz und hilft allen handelnden Personen im Schulkontext problematische Situationen im Hinblick auf möglichen Substanzmittelkonsum bzw. süchtig machenden Verhaltensweisen richtig einzuschätzen, mit entsprechendem Case Management Krisensituationen zu entschärfen, die rechtliche Rahmenbedingungen (§13 SMG "**Helfen statt strafen**") einzuhalten bzw. das in Vorarlberg vorhandene Hilfs- und Beratungsangebot zu aktivieren.

In enger Zusammenarbeit mit den entsprechenden Ministerien wurde dafür ein Handlungsleitfaden für die Umsetzung des §13 SMG „Helfen statt strafen“ und ein entsprechendes Fortbildungsangebot für Pädagoginnen und Pädagogen entwickelt.

In der Beratung von Personen, die einen gesundheitlich bedenklichen Konsum von Substanzen bzw. problematische Verhaltensweisen (z.B. exzessives Computerspiel- oder Glücksspielverhalten) aufweisen, hat sich die Technik des **Motivational Interviewing** bewährt. Die SUPRO bietet in wiederkehrenden Abständen Schulungen und Weiterbildungen zur „Motivierenden Gesprächsführung“ für unterschiedlichste Zielgruppen (Angestellte von Beratungsstellen, der Offenen Jugendarbeit bzw. von Jugendbeschäftigungsprojekten, Hebammen usw.) an.

Eine steigende Anzahl von Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen (insbesondere Eltern und Lehrkräfte) nehmen eine **Beratung** bzw. ein **Coaching in einer Krisensituation** in Anspruch. Dabei geht es vorrangig um die Themen *Cannabis, neue psychoaktive Substanzen* und *Verhaltenssüchte im Bereich der Neuen Medien* (Computerspiele, Internetnutzung,...).

Ziel ist es, mit entsprechendem Case Management, Krisensituationen zu entschärfen bzw. das in Vorarlberg ohnehin vorhandene Hilfs- und Beratungsangebot zu aktivieren.

Ad E: Konzeptionierung, Planung, Durchführung und Evaluation von suchtpreventiven Modellprojekten auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse bzw. aufgrund von Situations- und Bedarfsanalysen und neuen Entwicklungen

Gemeinsam mit den Fachstellen für Suchtprevention in Niederösterreich und Wien wurde von 2016 bis Mitte 2017 das Projekt „**Bing Bling**“ zur Prävention von Glücksspielsucht für Schülerinnen und Schüler ab der 9. Schulstufe entwickelt und evaluiert. Ziel der Maßnahme ist es, diese in ihrer Glücksspiel-Abstinenz zu bestärken und auf einen reflektierten, kontrollierten Umgang mit Glücksspielen hinzuwirken. Das interaktive Workshopangebot wird von geschulten Coaches der Suchtpreventionsstellen durchgeführt und dauert fünf Unterrichtseinheiten.

Eine neu konzipierte **AKTION.TROCKEN**-Kampagne animiert seit 2016 zum bewussten Alkoholverzicht während der Fastenzeit und sensibilisiert für das Thema Alkoholkonsum. Mit einer speziell dafür entwickelten neuen „**AKTION.TROCKEN.APP**“ (alle Infos unter www.aktiontrocken.com) sollen sich die Teilnehmenden ihrer eigenen Konsumgewohnheiten sowie der Selbstverständlichkeit des Alkoholkonsums bewusst werden.

Unter dem Motto „Österreich spricht über Alkohol. Wieviel ist zu viel“ wurden in der erstmals in Österreich durchgeführten **Dialogwoche Alkohol** vom 15. bis 21. Mai 2017 in ganz Österreich Aktionen, Maßnahmen und Angebote mit dem Ziel durchgeführt, den Informationsstand in der Bevölkerung zu

erhöhen und Diskussionen um den Konsum von Alkohol zu initiieren. Die Dialogwoche Alkohol wird in enger Kooperation mit dem *Gesundheitsministerium*, dem *Hauptverband der Sozialversicherungsträger* und dem *Fonds Gesundes Österreich* von den Suchtpräventionsstellen in den Bundesländern im Zwei-Jahres-Rhythmus durchgeführt.

Taktisch klug – Eventbegleitung

Die Eventbegleitung "**taktisch klug**" ist ein Angebot der Koje (Kooperationsbüro für Offene Jugendarbeit), das mit Partnern aus der Jugendarbeit und der Drogenhilfe umgesetzt wird. "taktisch klug" unterstützt insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene mit ihrem niederschweligen Beratungsangebot bei ausgewählten Veranstaltungen in Vorarlberg die möglichen Risiken beim Konsum von Substanzen richtig einzuschätzen. Objektive und fachliche Informationen werden ausgetauscht und weitergegeben, Erfahrungen werden reflektiert und dabei wird positiv auf mögliche Veränderungspotenziale eingewirkt. Die gesundheitliche Schadensminimierung ist dabei oberstes Ziel.

Caritas – Gemeinwesenorientierte Suchtarbeit

Ein Schwerpunkt der gemeinwesenorientierten Suchtarbeit bildet seit Jahren die **Betriebliche Suchtarbeit** der Caritas Vorarlberg. Das Projektteam bietet den Unternehmen in Vorarlberg beim Verdacht auf problematischen Suchtmittelkonsum (insbesondere Alkohol) ein Coaching vor Ort an und hilft dabei gemeinsam mit den verantwortlichen Führungskräften passende Vorgehensweisen zu entwickeln. Zudem werden auch Schulungen für Führungskräfte angeboten sowie die Erstellung von Betriebsvereinbarungen unterstützt.

Das **Krankenhausprojekt** der Caritas zielt darauf ab, Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus stationär behandelt werden, aufzusuchen und zu beraten. Seit dem Projektstart im Mai 2017 gab es 856 Kontakte zu **Jugendlichen mit einer Alkoholintoxikation**.

- 41 % der eingelieferten Jugendlichen waren weiblich, 59 % männlich.
- Die Altersspanne lag zwischen 11 und 21 Jahren – die meisten eingelieferten Jugendlichen waren zwischen 15 und 17 Jahre alt.

Ziel der Gespräche mit den Jugendlichen ist es, den Umgang mit Alkohol und eventuell anderen Substanzen zu reflektieren, um schlussendlich eine Wiederholung der Situation zu verhindern.

Die Zuweisung erfolgt über die Krankenhäuser und in rund 50 % der Beratungen waren Angehörige (Eltern usw.) beim Beratungsgespräch mit dabei. Oft haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei auch eine Vermittlungsrolle zwischen Eltern und Jugendlichen, in denen die verschiedenen Sichtweisen aufgezeigt und konstruktive Lösungen gesucht werden.



Zahlen zur Prävention

In den letzten 5 Jahren (2013 bis 2017) haben insgesamt **45.555 Personen** in Vorarlberg ein Angebot bzw. eine Maßnahme der SUPRO in Anspruch genommen.

So wurden **21.758 Kinder und Jugendliche** in Workshops dazu ermutigt, ihre Genussfähigkeit sowie einen mündigen und verantwortungsbewussten Umgang mit psychoaktiven Substanzen und problematischen Verhaltensweisen zu entwickeln.

Insgesamt **16.134 Erwachsene** – insbesondere Eltern – wurden über Schutz- bzw. Risikofaktoren, günstige Rahmenbedingungen und entwicklungsbegleitende Maßnahmen in der Suchtprävention informiert und dadurch in ihrer Kompetenz gestärkt.

Zudem wurden **7.663 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** aus unterschiedlichen Bezugssystemen von Kindern und Jugendlichen (z.B. pädagogisches Personal, Lehrlingsverantwortliche, Angestellte der außerschulischen Jugendarbeit bzw. in der Jugendqualifizierung usw.) mit umfangreichen Maßnahmen befähigt, in ihrem Setting präventiv tätig zu werden.

5 Blick in die Zukunft

Prof. Dr. Reinhard Haller

Die Drogen- und Suchtszene ist einem steten Wandel unterworfen und hängt von vielen, zum Teil schwer kalkulierbaren Faktoren ab. Für die nähere Zukunft werden ein leichter bis mäßiger Rückgang bei den legalen Drogen (Alkohol, Nikotin), ein Wiederanstieg der Medikamentenabhängigkeit, eine weitere Etablierung von Cannabis als Gesellschaftsdroge, ein steigender Missbrauch von Amphetaminen und Kokain, vermehrte polytoxikomane Konsummuster in der klassischen Drogenszene sowie ein anhaltender Boom bei Verhaltenssuchten erwartet. Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Opiaten hängen wesentlich von der politischen Entwicklung in den Haupterzeugungsländern (v.a. Afghanistan), aber auch von medizinischen Ausrichtungen ab. So wird befürchtet, dass sich die großteils aus unsachgemäßer Verwaltungspraxis ergebende hohe Prävalenz von Opiatabhängigen in den USA (bis zu 25% in manchen Städten) mittelfristig auch auf Europa übertragen könnte. Nicht zu vergessen ist im Zeitalter des Narzissmus, dass unser gesellschaftliches Klima wesentlich von der „Ich- oder Selbstsucht“ geprägt wird und sich aus dieser im öffentlichen Bewusstsein gar nicht mit dem Suchtproblem assoziierten Gesellschaftshaltung große Anforderungen besonders an den Psychotherapiebereich ergeben.

Die hinkünftige Suchtpolitik des Landes, die sich im Bereich der Repression an nationale und internationale Gesetze halten muss, wird sich auf die Prinzipien *Prävention, Therapie, gezielte Substitution* und *Rehabilitation* zentrieren. In einer Welt mit einem ungeheuren Angebot an Drogen und an Möglichkeiten suchtgefährdender Verhaltensweisen gilt es die persönliche Resistenz zu stärken, individuelle Hilfen anzubieten und die Suchtprävention mit allgemeiner Gesundheitsförderung zu verknüpfen. Das Suchtversorgungssystem muss flexibel, innovativ und ideologiefrei reagieren. Jeder Mitmensch, welcher Probleme mit süchtigem Verhalten hat oder in suchgefährdende psychosoziale Situationen gerät, soll die Chance auf unkomplizierte, rasche Hilfe und individualisierte Therapiemöglichkeiten haben. Besonders zu beachten ist, auch wenn das Suchtproblem nicht mehr im Mittelpunkt der politischen Diskussion steht, die Sicherung der Finanzierung für alle Präventions- und Hilfsmaßnahmen. Nachdem Sucht nach moderner Auffassung keine Willensschwäche oder selbstverschuldete Störung, sondern eine Krankheit im eigentlichen Sinne der Bedeutung ist, sollen auch die Kosten für Prävention, Therapie und Rehabilitation in ähnlicher Form wie bei den rein somatischen Erkrankungen von der öffentlichen Hand getragen werden.

Die Gesundheitspolitik des Landes kann wesentlich auf die Grundzüge der Vorarlberger Drogenkonzepte aus den Jahren 1991 und 2002 zurückgreifen. Deren Richtlinien sind heute noch gültig und werden auch für die Zukunft maßgebend sein: Professionalität, leichte Zugänglichkeit, Flexibilität und Sensibilität des Hilfsystems, Koordination und Kooperation, individuelle Fallführung, Festlegung von Sollbestimmungen, zielorientierter Einsatz von Steuerungsmitteln, Statistik und Dokumentation sowie Qualitätssicherung und Evaluation. Es gilt, die noch nicht umgesetzten Projekte zu verwirklichen oder, dem Erfordernis geänderter Bedingungen entsprechend, zu modifizieren. Die gut ausgestatteten präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Einrichtungen müssen auf neue Trends rasch reagieren und auch therapeutische „Nischenprodukte“ (z.B. für ältere Kokainisten) verfügbar machen.

Besondere Herausforderung werden die Betreuung von Suchtkranken im Alter sowie von altgewordenen Süchtigen, deren Zahl unweigerlich ansteigt, sowie der Umgang mit Suchtproblemen bei Flüchtlingen, Migrantinnen und Migranten sein. Nach dem sich die Prognosen allmählich erfüllen, wonach 20 bis 30 Prozent der in jungen Jahren unter Drogenproblemen leidenden Personen auch nach dem 40. Lebensjahr noch suchtkrank sind und die Zahl von Menschen ansteigt, die erst im Rentenalter von Suchtproblemen erfasst werden, kommt hier ein immer größer werdender Aufgabenbereich auf der Suchthilfesystem zu.

Dabei muss auf die besondere psychische, soziale und gesundheitliche Situation der betroffenen speziell eingegangen und eine enge Kooperation mit Hauskrankenpflege, Altersheimen, Pflegeeinrichtungen und Angehörigen angestrebt werden. Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen in diesem Bereich sollen forciert werden.

Bei Flüchtlingen, Migrantinnen und Migranten sind bezüglich Missbrauch und Abhängigkeit drei große Gruppen zu unterscheiden: Eine kleinere Gruppe von Personen, welche schon in ihren Herkunftsländern Suchtprobleme hatten. Eine große Gruppe von Migranten, die erst hier - begünstigt durch die speziellen sozialen Belastungen oder „Überadaption“ - zu schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit gekommen sind. Die größte Gruppe machen aber die Gastarbeiterkinder der dritten Generation aus, bei denen ein überproportional großer Anteil von Arbeitslosigkeit, delinquentem Verhalten und Drogenproblemen zu beobachten ist. Die Drogenarbeit muss sich hier mit den Problemen der oft unklaren Identität und Zugehörigkeit, mit Integrationsschwierigkeiten, aber auch den Besonderheiten des primären Milieus und des kulturellen Hintergrundes auseinandersetzen.

Daneben ist eine Zentrierung auf die neuen Abhängigkeiten, die Verhaltenssuchte, sowie den „Killer Nummer 1“, das Rauchen, erforderlich. Zwar wird die Prävalenz von IT-Süchtigen sehr unterschiedlich, von 0,3 bis 3,8 % der User reichend, eingeschätzt, in der Praxis ist allerdings eine hohe Problematik, unter welcher primär die Angehörigen leiden, zu beobachten. Die Schwierigkeiten in der Herangehensweise an Betroffene und in der Motivationsarbeit sowie dem in dieser Gruppe festzustellenden hohen Komorbiditätsgrad, welcher viel an zusätzlicher psychotherapeutischer Betreuung erforderlich macht, ist zu beachten.

Nikotin ist zwar keine klassische Droge, weshalb sich das Suchtversorgungssystem bislang kaum der Raucherprävention und -therapie gewidmet hat, die volksgesundheitlich verheerenden Auswirkungen dieser schlechten Gewohnheit, welche jene von Alkohol und Drogen übertreffen, macht aber einen schwerpunktmäßigen Einsatz der Suchthilfe mit ihrem ganzen Know-how in der Entwöhnung erforderlich. Dies ist in Österreich umso mehr angezeigt, als dass unser Land einen der höchsten Raucheranteile in der gesamten EU aufweist, gleichzeitig aber bei den Maßnahmen gegen das Rauchen eine Schlussposition einnimmt.

Die Aufhebung des geplanten allgemeinen Rauchverbots in der Gastronomie stellt in diesem Zusammenhang einen traurigen Tiefpunkt im politischen Bestreben zur allgemeinen Gesundheitsförderung jüngerer Zeit dar – mit negativen Auswirkungen auch für jegliche Präventionsmaßnahmen des Landes Vorarlberg.

In keinem anderen europäischen Land ist es so einfach, mit dem Rauchen zu beginnen und so schwierig, wieder mit dem Rauchen aufzuhören wie in Österreich. Zu diesem Ergebnis kommt die „European Tobacco Control Scale“, die in regelmäßigen Abständen die Umsetzung gesetzlicher Tabakkontrolle 35 europäischer Staaten misst. In dieser Rangliste, die unter anderem die Besteuerung von Tabak, gesetzliche Rauchverbote in der Öffentlichkeit sowie Werbe- und Marketingverbote er-

fasst, landet Österreich auf dem unrühmlichen letzten Platz. Maßnahmen zum Nichtraucherschutz werden demnach in Österreich schlechter und seltener umgesetzt als im Rest Europas.

Trotz dieser, aus gesundheitlicher Perspektive äußerst kritisch zu betrachtenden politischen Entscheidungen gibt es aber auch gegenteilige Entwicklungen. So konnte beispielsweise im Jahr 2018 das Krankenhaus Maria Ebene als erstes „rauchfreies Krankenhaus“ Vorarlbergs zertifiziert werden. Neben therapeutischen und suchtspezifischen Aspekten zielt diese Maßnahme speziell auch auf den Mitarbeiterschutz und die Schaffung eines rauchfreien und passiv-rauchfreien Arbeitsumfeldes ab. Als Orte der Gesundwerdung sowie der Leidens- und Schadensminimierung sollten gerade Krankenhäuser vermehrt auf derartige Maßnahmen zurückgreifen.

Dass ein aktiver Nichtraucherschutz von einem großen Teil der österreichischen Bevölkerung befürwortet wird, zeigt die Aktion „Don't Smoke“, die bis Oktober 2018 österreichweit über 881.000 Unterstützungserklärungen, davon allein ca. 32.000 in Vorarlberg, sammeln konnte.

Nicht einfach zu lösen ist der sich in verschiedenen Bereichen der Suchtbetreuung abzeichnende Personalmangel. Besonders in der ärztlichen Versorgung macht sich das Fehlen von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die Substitutionsbehandlungen durchführen können, bemerkbar. Das Land Vorarlberg bietet deshalb in Kooperation mit der Ärztekammer Ausbildungskurse für ein Diplom „Substitutionstherapie“ an. Diese sollen nach erfolgreicher Absolvierung der ersten Staffel auch in Hinkunft regelmäßig veranstaltet werden. Weiters ist das Land bestrebt, die Befähigung zur Suchtkrankenbehandlung in der Psychotherapie besser zu verankern. Weil die meisten therapeutischen Schulen keine spezielle Suchttherapie vermitteln, wird ab Herbst 2018 in Kooperation mit dem Psychotherapeutenverband und der Stiftung Maria Ebene eine entsprechende Post-Graduate-Fortbildung organisiert. Schließlich sollen die bewährten Ausbildungskurse zu „Akademisch geprüften Suchtberaterinnen und Suchtberatern“ im Bildungszentrum Schloss Hofen auch in den nächsten Jahren fortgeführt werden.

In der internationalen Politik ist ein Trend erkennbar, nach welchem gegenüber legalen Drogen (Alkohol, Nikotin) eine repressivere Haltung eingenommen, hingegen den bislang illegalen Suchtmitteln mit zunehmender Liberalität bis hin zur völligen Legalisierung (Cannabis) begegnet wird. Gesetzliche Maßnahmen sind aber immer nur als Regulierungsversuche zu betrachten, sie können niemals zu Lösungen des so komplexen Suchtproblems führen. Diese sind den Menschen mit Suchtproblemen vorbehalten, Land und Institutionen können nur Hilfestellungen geben. Deshalb müssen staatliche Maßnahmen immer auch individuell ausgerichtet sein und sollen sich stets auf die Stärkung der Persönlichkeit und die Befähigung zu autonomem, selbstbestimmtem Leben zentrieren. Die Gesellschaft soll eine kritische Haltung gegen jegliche Art von Süchtigkeit einnehmen, soll im Sinne der Prävention besonderes Augenmerk auf Menschen in suchgefährdenden Situationen legen und den bereits Betroffenen den raschen Zugang zu wirksamer Hilfe ermöglichen.

Trotz aller Präventions- und Therapiemaßnahmen wird aber auch in Hinkunft die Lösung des Drogenproblems nur über einen einzigen Weg möglich sein: über die Persönlichkeit der Betroffenen selbst.

Die Vorarlberger Suchthilfe im Überblick

Kontakt- und Anlaufstellen

Angebot	Ort	Aufgaben	Gründungsjahr	Kontakt
Caritas Café	Feldkirch	Anlaufstelle Café	1991	cafe@caritas.at
Do it yourself	Bludenz	Anlaufstelle Café Onlineberatung	1992	anlaufstelle@doit.at
Ex & Hopp	Dornbirn	Anlaufstelle Schadensminimierung Substitution	1990	exundhopp@exundhopp.at
DOWAS	Bregenz	Anlaufstelle Schadensminimierung	2018	info@dowas.at

Beratungsstellen

Angebot	Ort	Aufgaben	Gründungsjahr	Kontakt
Clean	Bregenz	Beratung	1992	clean.bregenz@mariaebene.at
	Feldkirch	Psychotherapie		clean.feldkirch@mariaebene.at
	Bludenz	Substitution		clean.bludenz@mariaebene.at
Die Faehre	Dornbirn	Beratung Psychotherapie Substitution	1993	connect@diefaehre.at
Caritas Suchtfachstelle	Bregenz	Beratung Psychotherapie Substitution	1956	suchtfachstelle.bregenz@caritas.at
	Egg			suchtfachstelle.egg@caritas.at
	Dornbirn			suchtfachstelle.dornbirn@caritas.at
	Feldkirch			suchtfachstelle.feldkirch@caritas.at
	Bludenz			suchtfachstelle.bludenz@caritas.at

Stationäre Angebote

Angebot	Ort	Aufgaben	Gründungsjahr	Kontakt
LKH Rankweil	Rankweil	Körperliche Entzüge	1993	ambulanz.psychiatrie@vlkh.net
Therapiestation Lukasfeld	Meiningen	Körperliche Entzüge Stationäre Therapie	1993	lukasfeld@mariaebene.at
Therapiestation Carina	Feldkirch	Stationäre Therapie	1983	carina@mariaebene.at
Krankenhaus Maria Ebene	Frastanz	Körperliche Entzüge Stationäre Therapie Ambulanz	1976	krankenhaus@mariaebene.at

Sonstige Angebote

Angebot	Ort	Aufgaben	Gründungsjahr	Kontakt
SUPRO	Götzis	Suchtprävention Suchtprophylaxe	1994	info@supro.at
„taktisch klug“ Eventbegleitung	Bregenz	Suchtprävention Eventbegleitung	2008	office@koje.at

Literatur

- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2018): *Epidemiologiebericht Sucht 2018 Illegale Drogen und Tabak*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Tanios, A. (2017): *Epidemiologiebericht Sucht 2017 Illegale Drogen und Tabak*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- BMG (2012): *Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden*. BMG.
- Bortz, J. (1999): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage mit 72 Abbildungen und 247 Tabellen. Springer: Berlin.
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Tanios, A. (2016): *Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Kerschbaum, H.; Wirl, C. (2013): *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich GmbH
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Klein, C.; Kerschbaum, H.; Türscherl, E. (2014): *Epidemiologiebericht Drogen 2014*, Wien
- Castiglioni, S.; Thomas, K. V.; Kasprzyk-Hordern, B.; Vandam, L.; Griffiths, P. (2014): *Testing wastewater to detect illicit drugs: State of the art, potential and research needs*. Science of the Total Environment 487:613-620.
- EMCDDA (2018): *Austria Country Drug Report 2018*
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017): *Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- Freyberger H. J., Ulrich I., Barnow, S., Steinhart, I. (2008): *Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen - eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern*. Psychiatrische Praxis.

- Gracia-Lor, E.; Castiglioni, S.; Bade, R.; Been, F.; Castrignano, E.; Covaci, A.; Gonzalez-Marino, I.; Hapeshi, E.; Kasprzyk-Hordern, B.; Kinyua, J.; Lai, F.Y.; Letzel, T.; Lopardo, L.; Meyer, M.R.; O'Brien, J.; Ramin, P.; Rousis, N.I.; Rydevik, A.; Ryu, Y.; Santos, M.M.; Senta, I.; Thomaidis, N.S.; Veloutsou, S.; Yang, Z.G.; Zuccato, E.; Bijlsma, L. (2017): *Measuring biomarkers in wastewater as a new source of epidemiological information: Current state and future perspectives*. Environment International 99:131-150.
- Gracia-Lor, E.; Zuccato, E.; Castiglioni, S. (2016): *Refining correction factors for back-calculation of illicit drug use*. Science of the Total Environment 573:1648-1659.
- GÖG/ÖBIG (2013): *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013*, Wien.
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018): *Bericht zur Drogensituation 2018*. Gesundheit Österreich, Wien.
- Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2017. Bundeskriminalamt, Wien.
- Lai, F.Y.; Anuj, S.; Bruno, R.; Carter, S.; Gartner, C.; Hall, W.; Kirkbride, K. P.; Mueller, J. F.; O'Brien, J.W.; Prichard, J.; Thai, P.K.; Ort, C. (2015): *Systematic and day-to-day effects of chemical-derived population estimates on wastewater-based drug epidemiology*. Environmental Science & Technology 49:999-1008.
- Lai, F. Y.; Ort, C.; Gartner, C.; Carter, S.; Prichard, J.; Kirkbride, P.; Bruno, R.; Hall, W.; Eaglesham, G.; Mueller, J.F. (2011): *Refining the estimation of illicit drug consumptions from wastewater analysis: co-analysis of prescription pharmaceuticals and uncertainty assessment*. Water Research 45:4437-4448.
- Newcomb, P. A.; Carbonne, P. P. (1992): *The health consequences of smoking*. In: Cancer. Med.Clin.North.Am., 76, 305-331, zitiert in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2013): *Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe*, Band 2.
- Nuijs, A.L.N. van.; Lai, F.Y.; Been, F.; Andres-Costa, M.J.; Barron, L.; Baz-Lomba, J.A.; Berset, J.-D.; Benaglia, L.; Bijlsma, L.; Burgard, D.; Castiglioni, S.; Christophoridis, C.; Covaci, A.; de Voogt, P.; Emke, E.; Fatta-Kassinos, D.; Fick, J.; Hernandez, F.; Gerber, C.; González-Mariño, I.; Grabic, R.; Gunnar, T.; Kannan, K.; Karolak, S.; Kasprzyk-Hordern, B.; Kokot, Z.; Krizman-Matasic, I.; Li, A.; Li, X.; Löve, A.S.C.; Lopez de Alda, M.; McCall, A.-K.; Meyer, M.R.; Oberacher, H.; O'Brien, J.; Quintana, J.B.; Reid, M.; Schneider, S.; Simoes, S.S.; Thomaidis, N.S.; Thomas, K.; Yargeau, V.; Ort, C.; (2018): *Multi-year inter-laboratory exercises for the analysis of illicit drugs and metabolites in wastewater: Development of a quality control system*. TrAC Trends in Analytical Chemistry 103:34-43.
- Ort, C.; van Nuijs, A.L.N.; Berset, J.D.; Bijlsma, L.; Castiglioni, S.; Covaci, A.; de Voogt, P.; Emke, E.; Fatta-Kassinos, D.; Griffiths, P.; Hernandez, F.; Gonzalez-Marino, I.; Grabic, R.; Kasprzyk-Hordern, B.; Mastroianni, N.; Meierjohann, A.; Nefau, T.; Ostman, M.; Pico, Y.; Racamonde, I.; Reid, M.;

- Slobodnik, J.; Terzic, S.; Thomaidis, N.; Thomas, K. V. (2014): *Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis*. *Addiction* 109:1338-1352.
- Singer, M. V.; Batra, A.; Mann, K. (2011): *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016): *ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien.
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016a): *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015*. Band 1: Forschungsbericht, Wien.
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016b): *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch*. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien.
- The ESPAD Group (2016): *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*.
- Uhl, A. (1994): *Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechts-spezifischer Unterschiede*. In: *Suchtkrankheit – Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger – Festschrift für Rudolf Mader zum 60 Geburtstag*. Hg. v. Springer, A.; et al. Springer, Wien.
- Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobra, U.; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2009): *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. 3. überarbeitete und ergänzte Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- Uhl, A.; Bachmayer, S.; Strizek, J. (2017): *Handbuch Alkohol – Österreich*, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Aufl. 7. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017): *Bericht zur Drogensituation 2017*. Gesundheit Österreich, Wien.
- World Health Organization (1994): *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders with Glossary and Diagnostic Criteria for Research ICD-10: CDR-10*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Zuccato, E.; Chiabrando, C.; Castiglioni, S.; Bagnati, R.; Fanelli, R. (2008): *Estimating community drug abuse by wastewater analysis*. *Environmental Health Perspectives* 116:1027-1032.

Amt der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration
Funktionsbereich Sozialpsychiatrie und Sucht
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz
T +43 5574 511 24105
gesellschaft-soziales@vorarlberg.at
www.vorarlberg.at/sozialpsychiatrie